UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE MEDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur: Professeur C. MULLER

---

Directeur de thèse: Professeur M. REMY
Hôpital psychiatrique de Marsens FR

# ETUDE COMPARATIVE DE L'ALCOOLISME ENTRE UNE POPULATION INDIENNE DE L'AMERIQUE LATINE ET LA POPULATION D'UN CANTON SUISSE

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

Juan Troya

Médecin diplômé de l'Université de Lausanne
originaire de Quito (Equateur)

---

Imprimerie de l'Ere Nouvelle S.A. Lausanne

1975

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546816_0085

UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE MEDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur: Professeur C. MULLER

---

Directeur de thèse: Professeur M. REMY
Hôpital psychiatrique de Marsens FR

# ETUDE COMPARATIVE DE L'ALCOOLISME ENTRE UNE POPULATION INDIENNE DE L'AMERIQUE LATINE ET LA POPULATION D'UN CANTON SUISSE

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

Juan Troya

Médecin diplômé de l'Université de Lausanne
originaire de Quito (Equateur)

---

Imprimerie de l'Ere Nouvelle S.A. Lausanne

1975

# Université de Lausanne

## Faculté de Médecine

*Le Conseil de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne, après avoir pris connaissance des rapports favorables de MM. les professeurs*

Ch. MULLER et A. DELACHAUX

*et sans se prononcer sur les opinions du candidat, autorise l'impression de la thèse intitulée :*

"Etude comparative de l'alcoolisme entre une population indienne de l'Amérique latine et la population d'un canton suisse"

*présentée par* Monsieur Juan TROYA

médecin diplômé de l'Université de Lausanne

*pour l'obtention du grade de* Docteur en médecine.

*Lausanne, le* 27 août 1975

UNIV. LEIDEN BIBL.

*Le Doyen :*

Prof. G. Candardjis

Imp. Bovet, Université 5

J'exprime toute ma reconnaissance à mon directeur de thèse, le professeur Maurice Remy, qui m'a proposé le thème de cette étude et m'a beaucoup aidé par ses suggestions bienveillantes.

Je remercie également le professeur Christian Muller pour ses encouragements et ses conseils constructifs.

Je tiens aussi à exprimer à Soeur Augusta Balbinot, secrétaire de notre médecin directeur, toute ma gratitude pour son aide technique à la réalisation du présent travail.

Mes remerciements vont encore aux maisons pharmaceutiques Cilag-Chemie, OM, Lundbeck et Specia pour leur aimable collaboration.

A la mémoire de mes parents,

à ma famille,

à mes amis

Mon affection et ma gratitude

S O M M A I R E

=*=*=*=*=*=*=*=*=*=*=*=*=*=*=

AVANT-PROPOS

I - CONSIDERATIONS GENERALES ET CARACTERES SPECIFIQUES
DE L'ALCOOLISME EN AMERIQUE LATINE.

II - L'ALCOOLISME EN SUISSE
ET PLUS PARTICULIEREMENT DANS LE CANTON DE FRIBOURG.

III - ETUDE STASTISTIQUE DES PATIENTS ALCOOLIQUES
ADMIS A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE MARSENS (FRIBOURG)
PENDANT LES ANNEES 1970 - 1971 - 1972.

IV - BREVE CASUISTIQUE.

V - RESUME STATISTIQUE
DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

=*=*=*=*=*=

# A V A N T - P R O P O S

Au cours de mes études cliniques à la Faculté de Médecine de Lausanne, et plus tard durant mon stage à l'Hôpital psychiatrique de Marsens dans le Canton de FRIBOURG, j'ai été frappé de certaines différences existant entre l'alcoolisme tel qu'il se manifeste en Suisse et celui que j'ai connu dans mon pays d'origine, l'Equateur.

C'est pourquoi il m'a paru intéressant de procéder à une étude de l'alcoolisme tel qu'il se présente en Amérique Latine pour le comparer à celui que nous observons en Europe.

Mon propos sera donc de pénétrer plus avant dans la connaissance d'un fléau qui sévit malheureusement aussi bien d'un côté que de l'autre de l'Atlantique.

Mon travail comporte :

- Une étude statistique (en me basant sur les dossiers cliniques, sur les fiches du BUREAU FEDERAL DE STATISTIQUE et sur les rapports annuels de Monsieur le Professeur M. REMY, Médecin-directeur) des patients alcooliques admis à l'Hôpital Psychiatrique de MARSENS pendant les années 1970 - 1971 et 1972.

- Une Etude Comparative de ce qu'est l'alcoolisme chez les indigènes de l'Amérique Latine d'une part, et de l'alcoolisme dans le Canton de Fribourg d'autre part. Pour cette étude, je me suis basé sur un important travail de recherche qui a été fait en 1960 par les Professeurs ERIC FROMM et P. MACOBY dans une communauté indigène du Nord Mexicain, et sur les résultats d'un travail d'enquête concernant l'alcoolisme dans le Canton de Fribourg fait en 1960 sous la direction du Dr PETER SPANI, vice-président de la LIGUE INTERNATIONALE CONTRE L'ALCOOLISME à Fribourg - et du Dr ANTON HUNZIKER, Directeur du SERVICE MEDICO-SOCIAL pour malades alcooliques à Lucerne.

- Les expériences acquises durant mes stages de Médecin auprès des patients alcooliques à l'Hôpital Psychiatrique de MARSENS et la riche documentation aimablement mise à ma disposition, m'ont permis de résumer la position actuelle des divers spécialistes et organismes s'intéressant à la lutte contre l'alcoolisme.

---

# CHAPITRE I

## CONSIDERATIONS GENERALES ET CARACTERES SPECIFIQUES DE L'ALCOOLISME EN AMERIQUE LATINE

Les raisons qui incitent à la consommation exagérée des boissons alcooliques étant suffisamment connues, nous nous bornerons ici à relever la situation telle qu'elle se présente chez les indigènes de l'Amérique Latine, cette situation étant peu connue chez nous.

Chez les Indiens de l'Amérique du Sud (PEROU, EQUATEUR, BOLIVIE, etc...) la consommation alcoolique est en étroite relation avec la misère existante, laquelle s'accompagne toujours d'un désir d'intoxication complète et c'est ainsi qu'il en résulte invariablement une consommation exagérée, symptomatique d'une situation sociale et économique précaire.

D'autre part, il faut tenir compte des facteurs familiaux auxquels le sujet appartient et ceci en ce qui concerne le degré de fréquence de la consommation alcoolique et ses limites tolérables. Ainsi on trouve des hommes sans foyer, perdus dans les grandes villes, présentant un assez bas niveau de satisfactions sociales;ils boivent alors démesurément pour tomber dans le groupe des buveurs excessifs et chroniques.

Pour les spécialistes latino-américains réunis au cours d'un séminaire (organisé par le Bureau sanitaire panaméricain) à VINA DEL MAR (Chili) en novembre 1960, les critères quant à la délimitation clinique et à la classification de l'alcoolisme ont été les suivants :

a) L'alcoolisme intermittent caractérisé par l'incapacité de se retenir.

b) L'alcoolisme continu ou invétéré caractérisé par l'incapacité de s'abstenir.

Ces deux formes pouvant se manifester chez le même sujet alternativement, elles sont l'expression d'une dépendance physique, psychique et culturelle envers l'alcool.

En dehors de cette dépendance pathologique, l'utilisation de l'alcool comme boisson, c'est-à-dire en tant qu'élément de la vie de société, joue chez les Indiens le même rôle que chez nous. Les raisons en sont les suivantes :

a) L'alcool est un "sédatif" vis-à-vis de l'anxiété provoquée par les multiples problèmes de la vie humaine.

b) L'idée courante selon laquelle l'alcool serait un aliment et par conséquent "bon pour la santé", idée qui est profondément enracinée chez les indigènes de l'Amérique du Sud, par exemple.

c) Dans l'aspect économique, l'alcool a une fonction importante. Il est toujours présent lors "de transactions" ; sa fabrication assure un travail et un revenu pour bien des familles (foyers).

d) Il favorise "la vanité". Ainsi, l'individu qui dépense le plus pour les boissons alcoolisées a le plus de prestige au sein de son groupe relationnel.

e) L'alcool est l'élément indispensable lors des réunions, festivités, etc.. Il facilite un climat d'entente.

Devant ces considérations, pourquoi existe-t-il alors toujours le souci d'abolir ou de restreindre la boisson ?

Très grossièrement, on pourrait répondre ceci :

1. L'alcool, en agissant comme sédatif, libère l'individu des obligations qu'il a vis-à-vis de la société; seulement, cette "libération" se traduit par le développement manifeste des troubles malsains réprimés par la société.

2. Il provoque de graves préjudices économiques.

3. Il a une influence défavorable sur le travail en abaissant sa production et l'économie familiale.

4. Il est responsable d'accidents les plus divers.

Ces quelques considérations d'ordre général étant posées, on voit qu'on doit s'attendre à répondre à toute une série d'interrogations.

Ainsi, on se pose des questions comme :

- Quels sont les facteurs physiologiques, psychologiques et sociologiques qui ont le plus d'influence sur la consommation d'alcool ?

- Si on prend en considération la structure sociale parmi les groupes socio-culturels, quel est le facteur qui pousse le plus à boire ?

- Les problèmes qu'occasionne l'alcoolisme au sein de la société proviennent-ils des alcooliques chroniques uniquement ou des alcooliques dits "occasionnels" ?

- Puisqu'il existe au sein de la société, aussi bien une attitude "d'approbation" qu'une attitude "de refus", laquelle prédomine alors ?

- Et les facteurs sociaux qui influencent ces deux attitudes, quels sont-ils ?

Pour tâcher de répondre plus ou moins à ces questions, je crois utile d'analyser brièvement les concepts concernant l'utilisation d'une sorte d'alcool (plutôt un breuvage) appelée : LA CHICHA (alcool de maïs) par les indigènes de l'Amérique Latine.

L'élaboration et la consommation de cette sorte d'alcool sont intimement liées à travers les générations avec les coutumes indigènes de ces pays, coutumes qui s'incarnent de plus en plus au sein "d'un milieu ambiant particulier"; "habitués" des hauts plateaux des Andes, ces indigènes - dont le visage reflète comme une lueur d'un autre monde - en mourant, disparaissent comme ils étaient venus.

Ils expriment leur idée de Dieu et des hommes par des histoires, par des légendes et par la musique. Dans les airs qu'ils jouent sur leur "flûte", les Indiens renferment leur expérience de vie douloureuse, leur impuissance et leur oppression, leur étonnement devant le mystère et toute la force de leurs espoirs.

Que ce soit en Equateur, ma patrie, ou ailleurs en Amérique Latine, les Indiens sont exploités depuis plusieurs siècles. En général, ils n'ont plus de fierté, tant ils se sont habitués à croupir devant la porte de leurs maîtres. Caractérologiquement, ils ont un type essentiellement timide, tellement ils ont été négligés par le reste de la société et ont perdu l'habitude de voir d'autres gens dans leurs hameaux. Attachés aux terres de leurs patrons, ils sont condamnés à être vendus avec elles. Esclaves des moins pauvres, ils se voient enlever leurs marchandises avant même d'avoir pu pénétrer sur la place du marché. Frustrés de leurs ambitions normales, ces habitants des vastes contrées andines trouvent dans l'alcool un moyen aussi bien de soulagement que de résignation; celui-ci a joué et joue encore un rôle dans des usages dont les origines se perdent dans la nuit des temps.

LA CHICHA fut connue et utilisée pour la première fois par les CHIBCHAS, tribus qui peuplèrent une grande partie de la Colombie il y a bien des siècles.

Le nom de cette boisson dérive alors de la suppression de la lettre "B" du nom de la dite civilisation Chibcha.

La préparation de la Chicha se fait en mastiquant du maïs par les membres de la famille. Le produit mastiqué est mis dans de grands récipients faits par eux-mêmes; postérieurement, on ajoute de l'eau et un produit sucré connu sous le nom de MALTAS. Les récipients sont finalement déposés dans des endroits humides et la fermentation commence.

La mastication du maïs a pour objet d'abréger la fermentation du Gluten au moyen de la Ptyaline contenue dans la salive.

A partir de l'époque coloniale, la façon de préparer cette boisson connut un léger changement, mais les différentes étapes de la fermentation du maïs sont restées sensiblement les mêmes.

Les festivités religieuses sont très fréquentes chez les indigènes. Chez eux, la tradition veut que toute "réussite" ou que "tout évènement social" plus ou moins important soit "fêté". Les festivités religieuses connaissent tout un processus d'organisation. Chez l'indigène, il est de règle de travailler et d'épargner pour pouvoir apporter le plus possible lors d'une fête. Dans de telles circonstances, la consommation de la Chicha est énorme. La population blanche et métisse trouve du plaisir à contempler le déroulement de telles festivités. Des scènes pathologiques les plus diverses s'y produisent.

Les manifestations pathologiques des buveurs de Chicha ont été étudiées par des Cliniciens Colombiens et on trouva toute une série de manifestations allant des troubles nerveux accentués à des tableaux de pellagre avancés.

D'autre part, les indigènes ont l'habitude de croire que la Chicha est un aliment.

Cette idée fut vite saisie par des industriels et de "vraies industries" ont été dès lors créées;ainsi l'indigène, victime d'un passé douloureux et d'un destin rempli de frustrations, tombe encore dans le champ de l'exploitation.

Lors de la Conquête Espagnole, la consommation de cette boisson fut encore plus répandue dans la population indigène; symbole de leurs traditions, l'orgueil de leur race, voulaient-ils par là montrer aux nouveaux-venus leurs déceptions et leur amertume devant tant de massacres de leurs frères et tant d'autres atrocités au sein de leur Empire victime de la naïveté ?

L'indigène sait parfaitement que de la durée de fermentation du maïs dépend le degré d'alcoolémie et de la qualité de la boisson. Scientifiquement, l'explication est correcte. Si on considère les conditions hygiéniques dans lesquelles la dite boisson est préparée (élaboration, conservation, fermentation), on constate que la Chicha est un produit toxique par excellence.

Par des investigations plus approfondies, un groupe de Médecins Equatoriens (1960) ont pu découvrir que dans certaines populations indiennes, il existe l'habitude d'ajouter de l'urine, des feuilles de maïs, des feuilles de pois et des feuilles de fèves à la fermentation du maïs, aggravant encore plus les conditions hygiéniques de la préparation de la Chicha.

Cette boisson est préférée à d'autres produits alcoolisés pour deux raisons :

a) Le prix en est très bon marché (1 litre de Chicha coûtant environ 20 centimes).

b) Il s'agit d'une habitude "ancestrale" et qui se transmet de génération en génération.

Ces mêmes médecins ont pu également constater que l'intoxication produite par la consommation de la Chicha était de loin plus grave que celle entraînée par d'autres boissons alcoolisées (bière, vins, liqueurs); en effet, cette rudimentaire et populaire boisson, ingérée surtout par les indigènes, entraîne de graves troubles psychiques se manifestant par :

a) Une perte quasi complète de leurs maigres ressources culturelles.

b) Des états de véritables "Raptus impulsifs" avec furie pseudo-rabique.

c) Des déchaînements de violence impulsive : paroxysmes de fureur; ils brisent, ils hurlent, ils se frappent aveuglement.

d) Les instincts sexuels deviennent aigüs (perte totale du freinage). Ils arrivent à des états d'abrutissement généralisé dans lesquels se succèdent des séductions, des viols et d'autres excès de type sexuel dans une ambiance de "folie généralisée".

e) Des actes d'hétéro-agression allant jusqu'aux meurtres.

De quarante femmes indiennes (habitant dans un village indigène de l'Equateur) examinées par le Professeur JOSE LOUIS ELSITDIE de la Clinique Psychiatrique de QUITO (Equateur), on trouva : 6 cas de séduction, 3 cas d'inceste, 5 cas d'infanticide comme fruit de conception en état d'ivresse.

Comme on peut le constater, ce sont des chiffres réellement alarmants, mais comme ces faits se succèdent dans des circonstances spéciales, en général ils passent inaperçus.

Comme nous le savons par différents travaux (MUNOZ, GOTEMBERG, MACOBY et H. CY), la genèse de l'individu alcoolique est à chercher dans le cadre des "relations parentales". On accepte que l'individu incertain de lui-même et présentant une forte fixation maternelle est fortement prédisposé à l'alcool.

Justement, dans nos populations indigènes, on a pu constater (MUNOZ, 1962) qu'un bon nombre d'alcooliques présentent une forte dépendance envers leur mère, avec un degré de fixation pouvant se considérer comme "intense ou modéré".

En 1960, le Gouvernement Mexicain chargea le Professeur MICHAEL MACOBY de faire une étude de recherche concernant l'alcoolisme au sein d'une communauté indigène du Nord Mexicain.

Le travail du Professeur Macoby fut conçu (150 cas types sur une population de 2000 âmes) et dirigé par le Professeur ERIC FROMM. Il dura 5 ans et fut publié en 1965.

Ils entreprirent leurs recherches d'après le plan suivant :

1. Identification des sujets : nom, âge, état civil, profession.

2. Vulnérabilité caractériologique.

3. Vulnérabilité culturelle.

4. Vulnérabilité psychologique.

5. Vulnérabilité économique.

6. Classification de l'alcoolisme (d'après des facteurs se référant : au sexe, à l'instruction, à la religiosité, au degré alcoolique, à l'état civil, au tempérament et à la structure du corps, au degré économique, à la profession, au lieu du travail, au caractère, à la fixation paternelle et maternelle, à des causes extérieures favorisant la consommation d'alcool, aux craintes, aux conditions de vie, aux types de boisson eux-mêmes en relation avec l'instruction, la religion, aux maladies concomitantes, aux dépendances vis-à-vis des conjoints ou de leurs parents et vis-à-vis de problèmes sociaux).

Le travail mexicain du Prof. MACOBY, conçu et dirigé par le Prof. Erich FROMM, est consacré à l'observation aussi bien de la structure du caractère de l'indigène, qu'à sa réalité sociale; il tient compte également des forces économiques du monde du travail, des relations familiales et des institutions culturelles qui ont modelé et renforcé la structure du caractère des indigènes.

Après avoir passé en revue l'ambiance dans laquelle vivent les indigènes, le Prof. Macoby consacre un vaste chapitre à l'étude concernant l'alcoolisme de ces derniers. Voici quelques-unes de ses plus importantes remarques dont découle le présent travail :

L'auteur décrit l'indigène comme étant un être essentiellement timide, taciturne, renfermé et tranquille, ne devenant explosif et dangereux - pour lui et les autres - que lorsqu'il est sous l'effet de la boisson alcoolique (l'individu irritable de nature étant rare).

S'agissant du travail, l'indigène adopte une attitude passive et se contente de ce que la nature veut bien produire. Il ne connaît comme diversion, que les festivités religieuses pendant lesquelles la consommation de Chicha est abondante.

Quant aux relations pré-matrimoniales, l'indigène étant un individu plutôt superficiel, les fréquentations sont passagères et ne durent que quelques jours ou quelques mois.

Quant à l'organisation de la famille, l'auteur en distingue deux sortes : celle dont le chef trouve de quoi vivre dans sa communauté et qui y reste - et celle dont le chef doit émigrer en ville, à la recherche d'un travail. Sans profession et sans préparation, celui-ci est vite frustré et s'adonne alors à l'alcool.

Du point de vue sexuel, l'indigène n'a qu'une connaissance rudimentaire du problème et se considère satisfait.

La religion constitue un facteur important dans la caractérologie de l'indigène : ses idées, ses activités et la plupart de ses coutumes sont étroitement liées à un mysticisme religieux théoriquement très profond mais très superficiel pratiquement.

Les festivités religieuses sont celles qui incitent le plus les membres de la communauté à faire une consommation massive d'alcool; il en va de même lors des deuils.

L'indigène croit généralement que le bonheur en soi a son origine en dehors de lui; tous les"bénéfices" et même l'amour s'incarnent dans une autre personne. Il considère Dieu comme étant la source du bonheur. Rares sont les individus qui croient que l'être en soi est responsable de son propre destin.

Dans son étude, l'auteur considère qu'en général l'homme et la femme ont un caractère réceptif; chez des individus aussi frustrés et ayant une personnalité "soumise à d'autres volontés", l'alcoolisme trouve un terrain privilégié d'implantation.

Un autre élément qui mérite d'être mentionné, c'est la tendance sadique existant plus particulièrement chez l'alcoolique; ce dernier, frustré, privé d'exercer et de mettre en pratique sa virilité, trouve dans l'alcool une échappatoire à ses problèmes. C'est ainsi que le sujet violent, agressif, cherche des bagarres lorsqu'il est en état d'ivresse - croyant par là manifester une "virilité" à divers degrés, alors qu'en fait c'est lui qui pose le plus de problèmes sociaux au sein de sa communauté.

Le syndrome de la vulnérabilité caractérologique décrit par Knight, c'est-à-dire : "Les expériences de l'enfance de l'alcoolique avec une mère excessivement protectrice créent chez lui un besoin exagéré d'indulgence. La frustration de ses besoins oraux se manifeste par une vive colère, mais l'individu se sentant coupable de ces sentiments hostiles, s'en prend à lui-même d'une façon masochiste. Puis, pour apaiser sa culpabilité, il quête à nouveau l'indulgence et se trouve ainsi entraîné dans un cercle vicieux.

L'alcool calme parfois la colère et la frustration, il constitue un substitutif symbolique de l'affect, mais par contre, il tend à irriter ceux qui ne sont pas affectueux avec l'alcoolique et, du même coup, à dévaloriser masochiquement ce dernier".

Tous ces aspects décrits par Knight se retrouvent dans le travail de Macoby. En effet, la mère indigène du Mexique est une mère excessivement protectrice : elle inculque à ses enfants, dès le premier âge, l'idée que le monde est dangereux et qu'ils ne seront en sûreté qu'auprès d'elle. D'ailleurs dans ces familles - généralement pauvres - c'est la mère qui dirige le foyer.

En résumé, le travail de Macoby réunit en une seule forme deux éléments différents :

L'indigène qui désire perpétuer sa race, mais qui :

- d'une part se sent chargé de tout un poids de préjugés qu'il a hérités de ses Ancêtres - d'où sa méfiance à l'égard de la société évoluée qui le néglige parce qu'il est analphabète et démuni à tous points de vue,

- et d'autre part doit affronter son propre milieu avec lequel il ne se sent plus à l'aise et dont il ne peut modifier les idées pré-conçues; ni y instaurer un système socio-culturel (les possibilités étant minimes)
ni même améliorer sa vie économique (dont la seule ressource est une agriculture rudimentaire).

Nous avons donc d'un côté : l'indigène qui demeure dans sa communauté, souffrant de son isolement et de sa pauvreté (par manque de communications sociales et de moyens économiques) -

et de l'autre : l'indigène qui va travailler en ville, gagnant péniblement un modeste salaire et ne rentrant chez lui qu'occasionnellement. Ce dernier souffre du dépaysement - autre genre d'isolement psychologique et affectif dont nous avons parlé plus haut.

Devant ce complexe psycho-ambiant, devant l'insatisfaction et l'ennui, l'alcool - ou son équivalent, la Chicha - apparaît comme une sorte de soupape d'échappement. Mais les conséquences en sont funestes puisque le tiers de la population est devenue alcoolique.

L'indigène alcoolique arrive à l'état adulte déjà très diminué organiquement par des processus pathologiques dépendant en grande partie de ses habitus alcooliques. Il est sujet à n'importe quelle affection (cirrhose, ulcère gastrique, grave dénutrition, tuberculose; les gastro-entérites, les problèmes infectieux du tractus digestif étant fréquents dans ce milieu déplorable).
De tels troubles se voient particulièrement chez l'indigène consommant la Chicha.

# CHAPITRE II

## L'ALCOOLISME EN SUISSE ET PLUS PARTICULIEREMENT DANS LE CANTON DE FRIBOURG

Les pages précédentes ont esquissé à grands traits un tableau de la maladie de l'alcoolisme chez les indigènes de bien des pays de l'Amérique Latine.

On a signalé également les problèmes généraux qui se posent dans ce domaine.

Mais, avant de passer en revue ce chapitre, il serait intéressant de voir ce que bon nombre de chercheurs actuels pensent de l'alcoolisme en Suisse. Ainsi :

D'après les Professeurs BINDER et BASCH-LIECHTI, les raisons qui amènent la femme à la boisson peuvent grandement différer de celles de l'alcoolisme masculin. L'homme boit par jouissance, tandis que la femme recherche plutôt le soulagement par l'alcool.

Ces mêmes chercheurs ont dressé des tabelles sur les causes de l'alcoolisme chez l'homme et chez la femme, tabelles que voici :

## Causes de l'alcoolisme chez l'homme

### Tabelle No 1

| 80 - 90 % | | 10 - 20 % |
|---|---|---|
| Des alcooliques consomment de l'alcool comme friandises et stimulant<br><br>Buveurs par plaisir dont | | comme stupéfiant |
| 50 - 70 % sont<br><br>Buveurs p. plaisir normaux<br>↓<br>Alcoolisme exogène<br>↑<br>Moeurs | 20 - 40 % sont<br><br>Buveurs p. plaisir anormaux<br>↓<br>Alcoolisme endogène-exogène<br>↓<br>provoqué par | Buveurs de soulagement<br>↓<br>Alcoolisme endogène<br>↓<br>Psychopathie |
| Difficultés conjugales<br>Problème du logement<br>Situation professionnelle<br>etc... etc... | Psychopathie (Psychopathes délinquants, passionnés, infantiles)<br>Faiblesse d'esprit au degré léger, en relation avec les moeurs | (Psychopathes dépressifs, souffrants, susceptibles, sensibles)<br>Maladie mentale<br>Développement psychique anormal, telle la névrose, etc... |
| Alcoolisme primaire | | Alcoolisme secondaire |

## Causes de l'alcoolisme chez la femme

### Tabelle No 2

| 10 - 20 % | 80 - 90 % |
|---|---|
| Buveuses p. plaisir | Buveuses de soulagement |
| Les buveuses p. plaisir anormales prédominent (natures hypersensibles, passionnées) | |
| Alcoolisme endogène-exogène | Alcoolisme exogène |
| Moeurs (Bar familial) | Alcoolisme comme |
| Profession :<br>Personnel hôtelier<br>Lessiveuses<br>Prostituées | - Symptôme d'une maladie mentale ou psychique (p.ex. buveuses schizophrènes, épileptiques)<br>- Faiblesse d'esprit au degré léger, souvent en relation avec d'autres anomalies psychiques<br>- Psychopathie<br>- Névrose<br>- Dépression de l'âge mûr et du retour d'âge |

En 1960, les charges d'assistance imputables à l'alcoolisme en Suisse s'élevaient à 100 millions de francs, ce qui représentait sur le revenu national de 20 milliards un pourcentage de 0,5. Pratiquement, chaque ménage suisse dépensait (1960) 100 francs par an pour couvrir les frais causés par l'alcoolisme.

Selon la Régie Fédérale des Alcools à Berne, la consommation de boissons alcooliques en hl en Suisse pendant les années 1950 - 1955 se chiffrait comme suit :

| | Vin | Bière | Cidre | Eau-de-vie |
|---|---|---|---|---|
| Consommation globale | 1'639'000 | 2'347'000 | 1'300'000 | 146'000 |
| Consommation en litres par tête d'habitant | 33'9 | 48'5 | 26'9 | 3'02 |
| Consommation en litres par tête d'adulte | 47'0 | 67'3 | 37'3 | 4'18 |

Depuis l'établissement de ces chiffres, la consommation de la bière a considérablement augmenté : en 1955, 2'374'000 - en 1957, 2'979'000 hl.

Les chiffres de la consommation par tête d'habitant et par an ne représentent qu'une moyenne arithmétique; or, ce qui entraîne l'alcoolisme, c'est la consommation réelle, individuelle.

Cependant, il existe, grosso modo, une relation réciproque entre l'importance de la consommation d'alcool par tête d'habitant et la fréquence de l'alcoolisme. Plus précisément encore, la méthode du sondage dans une population représentative d'une région donnée, donne des résultats encore plus fidèles.

En Suisse, ce procédé coûteux et lent du "sondage" n'a été appliqué pour le moment qu'à deux reprises.

En 1955, d'abord, dans une commune du centre de la Suisse comptant environ 4'000 habitants, l'enquête a révélé que 14,3 % de la population masculine adulte et 1,3 % des femmes adultes étaient alcooliques.

Puis, en 1958/59, dans dix communes du Valais, un sondage direct fut entrepris dans une population totalisant au moins 10'000 personnes dont la moitié était composée d'agriculteurs et d'ouvriers.

Il en résulta que 12,8 % des hommes adultes, au dessus de 20 ans, et 1,3 % des femmes adultes, souffraient de troubles alcooliques. En d'autres termes : un homme adulte sur huit de la population Valaisanne examinée présentait un problème alcoolique.

Comme il y a en Suisse des différences considérables en matière de fréquence et de symptomatologie éthyliques, il ne serait donc pas justifié de calculer le nombre total d'alcooliques pour toute la Suisse en se basant exclusivement sur les résultats de ces deux sondages; cependant, ceux-ci traduisent des proportions qui donnent à penser.

STEIGER et LELTI, deux spécialistes des problèmes de l'alcool en Suisse, pensent qu'il y a dans ce pays 45'000 à 80'000 alcooliques hommes. Mais, entre 1951 et 1958, les services des dispensaires antialcooliques n'ont eu à s'occuper que de 26'314 nouveaux éthyliques, les cas traités ne représentant donc qu'une fraction du nombre total de buveurs qui auraient besoin d'un traitement.

D'après le Professeur JELLINEK, ancien consultant de l'Organisation Mondiale de la Santé pour les problèmes posés par l'alcoolisme, la Suisse se place dans le peloton de tête selon l'étude comparative de fréquence éthylique établie sous la forme du tableau que voici :

| Fréquence de l'alcoolisme | Pays |
|---|---|
| Extrêmement élevée | France |
| Très élevée | Chili, U.S.A. |
| Elevée | Australie, Yougoslavie, Suède, **SUISSE**, Union Sud-Africaine |
| Moyenne — Supérieure | Canada<br>Danemark<br>Norvège<br>Pérou<br>Ecosse<br>Uruguay |
| Moyenne — Inférieure | Belgique<br>Tchécoslovaquie<br>Angleterre, Finlande, Irlande, Italie, Pays de Galles |
| Basse | Brésil, Pays-Bas, Portugal |
| Très basse | Argentine, Espagne |

Comme l'abondance, la qualité et la précision des informations sur l'étendue de l'alcoolisme varient énormément d'un pays à l'autre, le tableau ci-dessus devra être considéré avec prudence.

En ce qui concerne les incidences sociales et socio-économiques de l'abus de boissons alcooliques en Suisse, le DR HUGO SOLMS, ancien boursier de recherches à la "ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTION RESEARCH FOUNDATION" (Consultant : Prof. E.M. JELLINEK), Toronto, Ont. (Canada), s'exprime ainsi :

" On pourrait comparer les problèmes sociaux et socio-économiques que pose en Suisse l'abus d'alcool à une hydre à trois têtes dont l'une serait l'alcoolisation générale de certaines couches de la population, l'autre, l'alcoolisme chronique, ou, plus précisément, les alcoolismes, et la troisième, les ivresses, c'est-à-dire les différentes formes d'intoxication alcoolique aigüe ".

Les buveurs excessifs meurent aussi prématurément.

LEDERMANN, en France, a mis en valeur l'influence de l'alcoolisation générale sur la mortalité. Dans la période de l'avant-guerre, l'imprégnation alcoolique chez les hommes adultes en France avait pour conséquence directe une "surmortalité masculine" entre 35 et 50 ans.

En Suisse, le Bureau Fédéral des Statistiques nous fournit des renseignements relatifs aux décès masculins dans lesquels l'alcoolisme intervenait, soit comme cause principale, soit de façon concomitante, dans la moyenne annuelle des décès par 100.000 habitants, hommes, adultes, de 1942 à 1950; ceci, sous la forme de tableau, nous permet de constater que :

| | Alcoolisme cause principale | Alcoolisme cause concomitante | Total |
|---|---|---|---|
| Cirrhose du foie | 17,3 | 10,6 | 27,9 |
| Delirium Tremens | 3,4 | 1,0 | 4,4 |
| Autres formes d'alcoolisme | 1,5 | 46,1 | 47,6 |
| Total | 22,2 | 57,7 | 79,9 |

L'alcoolisme était impliqué dans une moyenne annuelle de 1'175 décès d'hommes adultes, soit dans 80 décès masculins par 100.000 hommes adultes et par an. Pour l'économie nationale et pour la collectivité, le décès prématuré de 1'175 hommes adultes signifie que le rendement de ces personnes est perdu pendant environ dix ans. Cela représente donc une perte de plus de 100 millions de francs, sans parler des dommages causés par ces décès aux familles des buveurs (1'175 x 10 x 10.000).

En Suisse, on désigne communément d'alcoolique tout individu nettement atteint par la boisson, physiquement, psychiquement ou dans sa position sociale.

A cause de sa structure fédéraliste, la Suisse est un des rares pays au Standard de vie élevé qui ne possède pas (certains secteurs, comme les statistiques fédérales médicales ou celles de la Régie Fédérale des Alcools, mis à part) de statistiques sociales détaillées. Rechercher la part de l'éthylisme dans l'absentéisme, dans la morbidité, dans le nombre des accidents d'une population est très difficile.

Apprécier le comportement au travail et la valeur professionnelle de l'éthylique n'est guère plus facile.

Le buveur masquera longtemps ses habitudes néfastes. De plus, une sorte de conspiration du silence le protège. Dans la plupart des cas, lorsqu'il n'y a pas encore de scandale, l'employeur, la maîtrise, les Syndicats, ainsi que la famille, nient ou minimisent l'abus des boissons alcoolisées, par indulgence, par gêne, par pitié ou par fierté.

L'alcoolisme et l'ivresse sont sans aucun doute :

## A) DES PERTURBATEURS DE LA VIE SOCIALE ET FAMILIALE

D'après les données de la maternité de Bâle, 30 % des mères célibataires ont conçu leur enfant en état d'ébriété ("Les enfants du Samedi").

Dans cette même ville, sur 3'288 enfants nés en 1959, 13 % étaient illégitimes.

L'éthylisme entraine une déchéance surtout paternelle et un ébranlement des foyers. Les enfants, frustrés de l'affection et de la sécurité qui leur sont indispensables, risquent d'être victimes de nombreux troubles caractériels et psychonévrotiques. Ainsi naissent les névroses familiales, s'étendant parfois sur plusieurs générations. Un grand nombre d'enfants délinquants sont des descendants d'alcooliques.

Dans son livre, "Le Métier de Parent", le DR ANDRE BERGE écrivait :

" L'enfant, quel qu'il soit, a un besoin instinctif d'affection. S'il en est sevré dans tout son jeune âge, il peut en ressentir un choc tel que des troubles s'ensuivent, qui sont susceptibles de causer des ravages dans sa personnalité... La privation d'amour, l'abandon moral, c'est peut-être la seule chose qu'un jeune être soit incapable de surmonter. Et les anomalies les plus étranges viennent quelquefois marquer le désarroi où le plonge cette carence de son entourage. L'affectivité tient sous sa dépendance l'intelligence, la volonté, l'activité, la moralité. Elle est à l'origine de certaines déviations morales, psychologiques et autres.

Ce que sent, ce que perçoit l'enfant - aussi jeune soit-il - a une importance capitale pour son développement ultérieur ".

## D) L'ALCOOLISME EST GENERATEUR DES ANOMALIES LES PLUS DIVERSES

La fréquence des troubles alcooliques parmi les malades hospitalisés est très importante.

Le résultat des observations faites entre 1937 et 1952 par M. ROCH à la Clinique Médicale de Genève, est bien connu : 44,2 % des hommes hospitalisés, âgés de plus de 30 ans, présentaient des signes d'alcoolisme chronique. Un problème d'une gravité particulière est celui de l'éthylisme des tuberculeux encore hospitalisés dans les Sanatoriums.

Parmi les malades hospitalisés pour la première fois entre 1951 et 1959 dans les Cliniques Psychiatriques Suisses, 21 % des hommes et 3,1 % des femmes l'étaient pour alcoolisme. N'y figurent que les cas où l'éthylisme était la cause principale des troubles psychiques.

Les éthyliques malades guérissent plus lentement. A la suite d'une appendicectomie, par exemple, le buveur modéré reprend son travail après deux à trois semaines; le buveur excessif, par contre, après deux à trois mois seulement. Les Caisses-maladies estiment que leurs membres alcooliques font en moyenne 100 à 170 % de journées de maladie de plus que les malades non-alcooliques.

Les buveurs excessifs sont mis à la retraite prématurément. Une enquête en Suisse a montré que, sur 100 employés congédiés pour alcoolisme, 82 personnes ont dû être mises à la retraite prématurément, c'est-à-dire en moyenne 8 $\frac{1}{2}$ ans avant l'âge normal. Les Caisses de retraite ont subi un dommage de 2 $\frac{1}{2}$ à 3 millions de francs, et les entreprises souffrent d'un manque de main-d'oeuvre important.

## C/ L'ALCOOLISME ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Disons tout d'abord qu'il est très difficile de reconnaître les accidents dûs à l'alcool, car les déclarations d'accidents adressées par les Médecins à la Caisse Nationale, par exemple, sont insuffisantes dans la plupart des cas pour déterminer la part dûe à la consommation d'alcool dans l'origine de ces accidents, et ceci pour plusieurs raisons bien connues de nous tous.

Selon le Dr Hugo SOLMS (Les Cahiers médico-sociaux, 9e année, 1965), l'accident dû à l'alcool se cache habituellement sous les désignations d'inattention, de négligence, de lassitude, de fausses manoeuvres, etc...

Or, ce n'est pas l'alcool seulement qui peut diminuer le fonctionnement du psychisme et du Système nerveux, mais aussi d'autres substances toxiques, telles que les hydrocarbures chlorés, les composés aromatiques nitrés et aminés, le benzène et ses dérivés, etc... Leur effet nocif est augmenté si l'alcool s'y ajoute.

Il est bien connu que certaines professions favorisent tout particulièrement les habitudes de boire. Signalons, dans le cadre de l'industrie, les travailleurs de force par exemple (ouvriers de fonderie et du bâtiment).

Le buveur est un mauvais ouvrier. Il met en danger la sécurité du travail par suite de l'influence considérable de l'alcool sur ses réflexes. Ses relations de travail avec ses camarades sont plus difficiles parce qu'il devient négligent, désordonné, et perd le sens des responsabilités vis-à-vis de lui-même et des autres. Il est davantage exposé aux risques de maladies et d'accidents. Loin d'apporter à l'équipe une force de plus, il est pour elle un poids. Son travail est compromis dans sa qualité et dans sa quantité. Son absentéisme, son comportement asocial et son travail médiocre ou irrégulier créeront de sérieuses difficultés à l'entreprise; il peut compromettre sa productivité et sa réputation.

En France, on a constaté que les buveurs excessifs causent trois fois plus d'accidents du travail que les non-alcooliques ("Accidents du Lundi"). 40 % des accidents de trajets sont dûs à l'alcool.

L'enquête la plus approfondie a été faite de 1956 à 1960 dans plusieurs grandes entreprises françaises, où des analyses de sang ont été pratiquées chez plus de 1.000 accidentés et à peu près 3.000 sujets témoins.

On peut admettre que 10 % environ de tous les accidents du travail sont dûs entièrement ou partiellement à l'abus des boissons alcooliques.

## D) L'ALCOOLISME ET LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Le même auteur (Dr Hugo SOLMS, Praxis No 25, 1964) cite qu'en se basant sur la proportion de 10 % d'accidents du travail causés par l'alcool, on peut admettre, pour la Suisse, qu'en 1961, 30.000 accidents (dont 200 avec issue mortelle) furent la conséquence de l'abus de l'alcool. Ainsi, l'alcoolisme, et surtout l'ivresse au volant, entrent pour une part très grande dans les accidents de la route, et principalement dans les accidents graves.

Une faible absorption d'alcool, ne conduisant qu'à une alcoolémie se situant entre 0,5 et 0,8 gr par litre de sang, est plus dangereuse qu'une intoxication plus forte. Elle est d'autant plus néfaste qu'elle est renforcée par l'effet des tranquillisants ("L'ivresse américaine"). L'alcoolémie mentionnée suffit à troubler les réflexes du conducteur, à créer un état d'euphorie et d'imprudence, à diminuer la faculté de jugement et l'appréciation des distances et à allonger le temps de réaction entre la perception de l'obstacle et le freinage.

En 1962, toujours d'après le même auteur, 35.769 personnes ont été blessées au cours d'accidents de la route. On croit pouvoir admettre que 20 %, c'est-à-dire environ 7.000 d'entre elles, ont été victimes de l'alcool.

## E) L'ALCOOLISME ET LA DELINQUANCE

BURREN, Directeur du Pénitentier de LENZBURG, estime que l'abus des boissons alcoolisées a joué un rôle important dans environ la moitié de tous les délits amenant à des peines d'emprisonnement. Une enquête fouillée de ZUBER, portant sur un groupe de malades alcooliques traités au Centre Psychiatrique de l'Université de Bâle, a révélé des chiffres étonnants, du reste confirmés par des expériences analogues dans d'autres régions, dans le Canton de Vaud par exemple (Dr MIVELAZ). 44 % des hommes et 37 % des femmes malades avaient été condamnés. Parmi les délits, les atteintes à la propriété étaient les plus fréquentes : un alcoolique sur quatre était voleur. Cependant, le quart de tous ces délits ont été commis avant le début de l'alcoolisme déjà. Il s'agit donc ici de troubles sous-jacents, troubles instinctivo-affectifs de la personnalité, qui se traduisent, entre autres, par une attitude infantile et revendicatrice à l'égard du monde.

Ainsi, l'imprégnation alcoolique aiguë et l'alcoolisme sont des facteurs criminogènes. Cependant, ils ne sont les causes ni immédiates, ni exclusives, de la délinquance.

Aussi est-il très difficile de juger exactement de leur portée en étiologie criminelle. La courbe de fréquence des délits commis durant le week-end illustre de façon irréfutable l'influence des ivresses. De son côté, l'alcoolisme chronique, émoussant lentement le sens moral et social de ses victimes, est également une source de délits. Il est favorisé par des tares mentales et sociales.

Après cette rapide vue d'ensemble sur l'ampleur des incidences sociales et socio-économiques des ivresses, de l'alcoolisation et de l'alcoolisme en Suisse, je terminerai ce chapitre en citant quelques extraits des recherches faites, il y a peu de temps par l'ancien Conseiller Fédéral MAX WEBER, concernant le dommage global infligé à l'économie suisse par l'alcool.

"Les pertes directes résultant de l'alcoolisme (Accidents, maladies, ébranlement des familles d'alcooliques, mortalité prématurée, etc.) dépassent de loin la somme de 100 millions de francs par an. Bien plus grands sont encore les dommages indirects causés par l'alcool : la diminution de la force productrice du pays les heures perdues, l'abaissement du rendement de travail. Il va sans dire que la perte totale attribuable à l'alcool ne saurait être mesurée. Les dommages indirects s'élèvent à environ 1 milliard de francs par an. Si les entreprises fermaient leurs portes et que nous nous trouvions devant un nombre de 50.000 à 80.000 chômeurs, ce serait une catastrophe nationale, une crise. Or, les dommages infligés par les excès de boissons alcooliques causent aujourd-hui une perte de même importance.

Mais, comme elle se répartit sur des centaines de milliers d'individus, ses effets ne sautent pas aux yeux."

## F) L'ALCOOLISME ET SES RAPPORTS AVEC LA PREVENTION SOCIALE

### Un exemple comparatif : le Canton de FRIBOURG

Les quelques considérations que nous venons de voir en ce qui concerne le problème de l'alcool en Suisse, nous permettront maintenant de mieux définir le problème de l'alcoolisme dans le Canton de Fribourg. Pour ce faire, nous recourrons à l'historique et aux documents des moyens de prévention mis en oeuvre.

La fin du XIXe siècle fut une période d'industrialisation rapide cependant le Canton de Fribourg lui-même n'en fut que peu touché mais par contre, un bon nombre de ses habitants le désertèrent..

pour aller trouver du travail ailleurs en Suisse. Cette industrialisation amena un profond bouleversement dans les habitudes du pays et commença à drainer vers les villes les populations campagnardes. On assista alors à une alcoolisation rapide des milieux ouvriers qui pensaient échapper ainsi à leur misère sociale, cependant que l'agriculteur resté au pays éprouvait souvent lui aussi un sentiment de dévalorisation sociale, situation pour nous intéressante puisqu'un peu comparable, à ce point de vue, à celle des Indiens restés dans les campagnes. Les alcools blancs (Schnaps) tirés par exemple des céréales et de pommes de terre étaient ici à la pointe de la consommation. Cette recrudescence d'alcoolisme amena, par voie de conséquence, l'éclosion de mouvements antialcooliques encore parfois importants actuellement : LA CROIX-BLEUE, LA CROIX D'OR, LES BONS TEMPLIERS, etc..

Bientôt on vit exister côte à côte ou se mêler selon les régions un alcoolisme de pays vinicole et un alcoolisme de type nordique. L'alcoolisme dans le Canton de Fribourg se rapprocherait du second type.

En effet le Schnaps, qui autrefois se distillait en grandes quantités (abondante production de fruits de mauvaise qualité) et qui fit tant de ravages en Singine et ailleurs, est encore à l'heure actuelle couramment consommé. Ce n'est heureusement plus le cas de l'absinthe dont la distillation est interdite, sans qu'elle ait pour autant totalement disparu.

Le plus généralement, cependant, les alcools blancs apportent un complément et - que ce soit à Fribourg ou ailleurs en Suisse - les quatre cinquièmes de la consommation totale d'alcool sont constitués par les boissons fermentées, surtout par la bière dont la consommation est en augmentation constante, et le vin, en majeure partie d'origine étrangère.

Les produits de l'arboriculture fruitière à Fribourg - dont le rendement brut dans la moyenne des années surpasse largement celui de la viticulture - servent de moins en moins, certes, à la fabrication de boissons alcooliques. Le cidre, la seule boisson d'origine entièrement suisse, a vu sa consommation diminuer fortement depuis la seconde Guerre mondiale.

Quant à la Brasserie, dont le développement comme industrie date de la fin du XIXe siècle, les matières premières utilisées (orge, malt, houblon) sont pour la presque totalité d'origine étrangère. L'importation de boissons alcooliques et de matières premières de brasserie accentue de façon sensible le déficit chronique du bilan du commerce extérieur suisse, l'exportation de boissons alcooliques d'origine helvétique étant insignifiante en comparaison.

Autour de 1880 et même avant, la distillation paysanne des pommes de terre ainsi que l'établissement d'autres grandes distilleries, connut un développement considérable et de ce fait l'alcoolisme prit des dimensions fort inquiétantes, surtout dans les cantons du plateau suisse comme Fribourg par exemple. C'est ainsi que, sous la pression surtout des organismes d'utilité publique, mais aussi par suite de l'impuissance des cantons où sévissait la distillation des pommes de terre à prendre des mesures efficaces contre ce danger grandissant, fut créé, en 1885, la première législation fédérale sur l'alcool. Aux cantons cette législation redonna la compétence de soumettre aux restrictions exigées par le bien-être public l'exercice du métier d'aubergiste et le commerce de détail des boissons alcooliques. La lutte contre les boissons distillées soumises à la Confédération devait principalement consister dans leur renchérissement par des droits fiscaux. La Confédération ne se mit pas à créer des distilleries elle-même, mais concéda la production industrielle surtout à des sociétés coopératives. Le droit de distiller librement des fruits des champs (pommes de terre, betteraves, céréales, pommes, etc.) fut aboli.

Les recettes nettes provenant de l'imposition furent attribuées aux cantons, en partie pour compenser les pertes que leur causa l'abolition des octrois cantonaux.

Les cantons furent obligés d'employer au moins 10 % de leur part pour combattre l'alcoolisme dans ses causes et dans ses effets ("Dîme de l'alcool").

Par la suite, la Confédération introduisit le Monopole des Alcools qui concernait la fabrication, l'importation, la vente et l'imposition de tous les alcools, sauf ceux tirés des produits du verger et du vignoble. Pour l'exécution de la loi, on institua la Régie Fédérale des Alcools, organe dépendant du Département Fédéral des Finances et des Douanes.

La législation de 1885 eut deux effets essentiels : d'une part, la consommation des boissons distillées passa d'environ 11 litres (à 40 % d'alcool) comme elle l'était auparavant, à 7 litres d'autre part, celle des boissons fermentées, surtout celle de la bière, augmenta dans des proportions si fortes que la consommation totale calculée en alcool pur par habitant resta inchangée ou s'accrût même un peu (14 litres à 100 % auparavant, près de 15 litres dans la période suivante).

Pour les régions qui avaient souffert de l'alcoolisme, un grand bienfait résulta de la disparition totale des alambics dont les paysans s'étaient servis pour distiller des pommes de terre et qui étaient devenus de vrais foyers d'alcoolisation pour la population entière.

L'important renchérissement des eaux-de-vie soumises de la sorte au monopole des alcools avait l'inconvénient de rendre plus rentable la production des eaux-de-vie de fruits et des marcs, restée libre. Pour augmenter le rendement de leurs exploitations, les régions à culture herbagère se mirent à planter intensivement des arbres de fruits à cidre, ceux-ci exigeant peu de main-d'oeuvre. Il s'ensuivit - non seulement une production croissante de cidre - mais encore une forte augmentation de la distillation des marcs de pomme ou de poire ainsi que de cidre impropre à la consommation.

Le résultat de cette évolution fut une désastreuse concurrence faite aux eaux-de-vie monopolisées, par des eaux-de-vie restées libres, écoulées à des prix inférieurs à ceux de la Régie. Cet état de choses rendit nécessaire une révision de la législation fédérale sur l'alcool en 1930 - 1932.

Malgré toutes ces mesures médico-légales, sociales, publiques, d'Etat, etc.. l'alcoolisme dans les cantons de Fribourg, Vaud, Valais, etc.. resta considérable.

Situation actuelle dans le Canton de Fribourg

D'après des statistiques récentes et proportionnellement à la population globale, il y a : dans le Canton un établissement public pour environ 285 habitants et - mis à part les Tea-Rooms sans alcool - il ne resterait à Fribourg qu'un seul restaurant abstinent. Il existe aussi de nombreux débits qui, pour beaucoup d'auteurs, seraient l'une des causes les plus déterminantes de l'alcoolisme fribourgeois.

Dans un des extraits de son rapport général de 1956 concernant la Clinique psychiatrique de Marsens, le Professeur Maurice REMY - qui nous honore de la direction du présent travail - mentionne :

"Parmi les malades entrés en 1956, il y a, comme au cours des années précédentes, une très forte proportion d'alcooliques. Chez les hommes, nous avons enregistré l'entrée de 60 alcooliques graves, sans compter ceux qui venaient spécialement pour subir une cure antialcoolique, ni les alcooliques atteints d'une autre maladie mentale concomitante.

Le chiffre total des hommes alcooliques admis dans notre Maison a été de 101 cas, soit une proportion de 39,8 %.
Si l'on ajoute à ce chiffre les cas des troubles nerveux consécutifs à l'ambiance des milieux alcooliques et où l'hérédité est manifeste, nous arrivons à un total de 109 cas sur 254 entrées, ce qui représente une proportion de 40,36 %.

Chez les femmes, la proportion des alcooliques vraies est de 8,2 %. Par contre, l'influence du milieu alcoolique sur les troubles mentaux se retrouve dans 27 cas, ce qui porte la proportion à 21,4 %.

Le fait que 40 % des hommes admis dans notre Maison sont des alcooliques montre éloquemment l'importance de ce problème pour la Santé Mentale de notre Canton."

La comparaison, au point de vue de l'alcoolisme, de la situation du Canton de Fribourg avec la situation d'un pays économiquement peu favorisé, nous paraît intéressante. En effet, Fribourg appartient, certes, à un pays riche et hautement industrialisé, mais sa situation comparativement à l'intérieur de la Suisse même, permet un sentiment - assez répandu chez les Fribourgeois - d'infériorité économique par rapport à leurs voisins : Berne et Vaud notamment.

Carrefour de routes, de religions, de langues et de civilisations, Fribourg se livre surtout à l'agriculture, un peu au commerce, et secondairement à l'industrie; le luxe n'y est pas fréquent, ceci en dépit de la création de maintes activités nouvelles qui dernièrement, ont favorisé son développement démographique. Les enquêtes et travaux effectués à ce sujet sont malheureusement peu fréquents. Nous pouvons cependant citer la dissertation faite par le Dr. Hugo BAERISWYL, en 1958 (Das oeffentliche Armenwesen des Kantons Freibourg)qui releva que sur 6.294 cas d'assistance dans le Canton de Fribourg, 443 - soit le 7 % - ont pour cause l'alcoolisme et la déchéance morale.

Ensuite, en 1960, l'enquête que le Dr. Anton HUNZIKER (directeur du Service médico-social pour malades alcooliques à Lucerne) et Monsieur Peter SPANI (vice-président de la Ligue internationale contre l'alcoolisme à Fribourg) effectuèrent auprès de la totalité des curés de paroisse et des instituteurs du Canton.

Il s'agissait de l'envoi de formulaires destinés essentiellement à recueillir des renseignements sociaux en rapport avec le problème de l'alcoolisme, mais avec cette originalité que la dernière question était une demande de proposition de moyens à prendre pour lutter contre ce fléau social.

Dans les deux groupes interrogés, la participation dépassa les 60 % et les réponses furent généralement claires et assez précises.

Si cette enquête - vu le nombre d'abstentions aux réponses et surtout des éventuelles différences dans les critères personnels des participants ne peut être considérée comme donnant des résultats totaux et absolument exacts à un moment donné (coupe sociologique transversale) de l'importance et des aspects de l'alcoolisme dans le Canton - elle nous paraît cependant éminemment valide vu l'ordre de grandeur de l'échantillon (2/3 de la population, soit 100.011 habitants sur 158.695 par le canal de curés de paroisse et à peu près le même pourcentage mais...

localement parfois différent par le canal des instituteurs.) Les résultats en pourcentages peuvent donc être extrapolés à l'ensemble du Canton.

Ils sont malheureusement éloquents; en effet :

- près de 1 % de la population (2 % de la population mâle) était considérée comme atteinte d'alcoolisme grave. De plus, il ne s'agissait uniquement que des alcooliques présentant des problèmes sociaux à leur famille.
- 9 % des enfants en âge scolaire étaient considérés comme issus de parents alcooliques. Ces enfants avaient en moyenne deux frères et soeurs non compris dans l'enquête, ce qui donne, selon ces auteurs : 27 % de la population infantile.

Quant aux principales causes de l'alcoolisme à Fribourg, presque la totalité des curés de paroisses croient qu'elles sont dues aux nombreux établissements publics, aux débits à l'emporter, à la multiplication des réjouissances publiques (nombreux bals et manifestations par exemple), aux distilleries et à certaines causes spéciales comme : atavisme, solitude, veillées nocturnes, fermetures non réglementaires des cafés et le sport ("dans l'état actuel, le sport crée autant d'occasions qu'il en supprime").

En ce qui concerne les mesures à prendre pour lutter contre l'alcoolisme, le clergé et le corps enseignant pensent : qu'il faudrait agir auprès des familles (ici, disent-ils, il faudra insister sur l'abstinence pour le jeune âge et l'adolescence jusqu'à la fin de la scolarité au moins. Ceci est très important étant donné qu'à Fribourg certaines mères donnent couramment à boire à leurs enfants), formation de jeunes hommes et de jeunes filles par les mouvements de jeunesse bien dirigés, recommandations et enseignement judicieux des maîtres d'école à leurs élèves, surveillance exercée par eux, moyens religieux, propagande (conférences, films, résultats statistiques), recommandation de traitements anti-alcooliques, moyens divers.

De cet intéressant travail d'enquête, nous pouvons voir que l'alcoolisme, dans le Canton de Fribourg, atteint des proportions alarmantes et ceci vient confirmer le fait - désormais établi et reconnu - que, parmi les toxicomanies qui affligent actuellement l'humanité, l'intoxication alcoolique est celle qui produit le plus grand nombre de victimes.

Moyens de prévention mis en oeuvre

Le dispensaire antialcoolique Fribourgeois (1), créé en 1938 par le Comité Cantonal sous la Présidence de Monseigneur EMMENEGGER. Cette instance remplissait d'abord le rôle d'un..

Office de renseignements et de conseils pour les buveurs et leur famille, ensuite il était habilité à intervenir directement auprès des autorités et des patrons pour que l'alcoolique se sente à la fois surveillé et encouragé dans ses efforts de relèvement.

Il s'occupait également de placements dans des maisons appropriées et établissait un lien entre les sociétés d'assistance publique et privée, formant ainsi une Centrale d'aide religieuse et morale, médicale et sociale, bien vite débordée.

En 1948, eut lieu à l'Université un cours antialcoolique auquel prirent part plus de 300 intéressés et à la suite duquel le dispensaire créa un "SERVICE MEDICO-SOCIAL" (2) pour malades alcooliques.

Ce service était dirigé par un médecin, un ecclésiastique et une assistante sociale.

Grâce aux efforts conjugués du Médecin et de son personnel, le dit service se développa rapidement. Cette jeune institution avait cependant un grand besoin de l'appui du public.

Afin de la faire mieux connaître et dans le but d'intéresser encore un plus grand nombre de personnes à la lutte antialcoolique, la LIGUE FRIBOURGEOISE CONTRE L'ALCOOLISME (3) fut fondée en 1956.

En 1970, le dispensaire antialcoolique fut rattaché au "CENTRE PSYCHO-SOCIAL" (4), dirigé par Monsieur le Doct. A. DESCLOUX. C'est une institution d'Etat, qui travaille en étroite collaboration avec l'Hôpital Psychiatrique de MARSENS (5); l'organisation de la lutte antialcoolique elle-même reposant sur une loi, soit la "Loi du 18 novembre 1955" sur les Etablissements et le commerce du vin et son règlement d'exécution du 10 avril 1956.

# C H A P I T R E  III

## ETUDE STATISTIQUE DES PATIENTS ALCOOLIQUES ADMIS A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE MARSENS PENDANT LES ANNEES 1970 - 1971 - 1972

Cette étude statistique (pour laquelle je me suis basé sur les dossiers cliniques, sur les fiches du Bureau fédéral de statistique et sur les rapports annuels de notre médecin-directeur) se fait en tenant compte des différentes formes d'alcoolisme, de l'origine, des maladies concomitentes, du mode de sortie, de l'âge, de la durée effective du séjour en clinique et de l'état des patients à la sortie de l'hôpital. Ces différents sujets seront rapportés en partie sous forme de tableaux.

Afin de donner à cette étude une partie plus générale, il a paru opportun d'exposer préalablement quelques considérations d'ordre médical et social sur la nature, l'évolution et les conséquences de l'alcoolisme.

Ainsi donc, toute recherche, toute enquête et toute considération médico-sociale concernant l'alcoolisme ne devraient se concevoir qu'en fonction des statistiques. Puissent ces dernières constituer en quelque sorte, le noyau de cet essai.

### Statistique de l'année 1970

L'augmentation continue du nombre des admissions s'est poursuivi en 1970. Elles furent de 775 contre 761 en 1969. Durant la même période, le nombre de sorties fut de 761 contre 734 l'année précédente.

Sur 775 patients (1970), 232 étaient des alcooliques dont : 206 hommes et 26 femmes, réparties comme suit, sous forme de tableaux :

Tableau No 1

| Formes d'alcoolisme | 1970 | | |
|---|---|---|---|
| | hommes | femmes | total |
| Ivresse simple..... | 99 | 1 | 100 |
| Ivresse pathologique..... | 12 | 2 | 14 |
| Delirium Tremens..... | 39 | - | 39 |
| Hallucinose..... | 2 | - | 2 |
| Alcoolisme sans modification de la personnalité..... | 7 | 8 | 15 |
| Alcoolisme chronique avec modification de la personnalité..... | 41 | 14 | 55 |
| Psychose de Korsakow ou démence alcoolique..... | 6 | - | 6 |
| Autres formes..... | - | 1 | 1 |
| Total | 206 | 26 | 232 |

Tableau No 2

| Origine de l'alcoolisme | 1970 | | |
|---|---|---|---|
| | hommes | femmes | total |
| Alcoolisme dû au milieu..... | 104 | 14 | 118 |
| Dû à des conditions sociales difficiles..... | 35 | 5 | 40 |
| Symptomatique d'autres maladies mentales..... | 10 | 2 | 12 |
| Personnalité névrotique..... | 10 | 2 | 12 |
| Personnalité psychopathique.... | 48 | 2 | 50 |
| Total | 207 | 25 | 232 |

Remarques :

1) Parmi les 207 patients (hommes) admis pendant l'année 1970, 12 d'entre eux présentèrent un alcoolisme symptomatique d'autres maladies mentales réparties comme suit :

| | |
|---|---|
| Schizophrénie paranoïde..... | 2 |
| Schizophrénie catatonique..... | 1 |
| Dépression réactionnelle..... | 2 |
| Oligophrénie (débilité)..... | 2 |
| Epilepsie essentielle..... | 2 |
| Début d'artériosclérose cérébrale..... | 3 |
| Total | 12 |

2) En ce qui concerne le mode de sortie

| | |
|---|---|
| A la maison..... | 115 |
| Dans un autre hôpital..... | 20 |
| Dans des hospices..... | 7 |
| Maison pour buveurs..... | 16 |
| Prison..... | 4 |
| Colonie de travail..... | 5 |
| Sans destination..... | 32 |
| Total | 199 |

3) En ce qui concerne l'âge

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10 % | des patients | étaient | compris | entre | 20 - 30 ans |
| 21 % | " | " | " | " | 30 - 40 ans |
| 29 % | " | " | " | " | 40 - 50 ans |
| 27 % | " | " | " | " | 50 - 60 ans |
| 16 % | " | " | " | " | 60 ans et plus |

4) Quant à la durée effective du séjour en clinique, nous trouvons que :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10 % | des patients | ont | séjourné | entre | 5 - 10 jours |
| 16 % | " | " | " | " | 10 - 20 jours |
| 20 % | " | " | " | " | 20 - 30 jours |
| 36 % | " | " | " | " | 1 - 2 jours |
| 10 % | " | " | " | " | 2 - 3 jours |
| 4 % | " | " | " | " | 3 - 4 jours |
| 6 % | " | " | " | " | 4 - 10 jours |
| 2 % | " | " | " | " | 1 - 2 ans |
| 1 % | " | " | " | " | 2 ans et plus |

5) En ce qui concerne l'état des patients à la sortie de la clinique, on voit que :

42,5 % des patients sont sortis améliorés de la maladie elle-même
18,2 % " " " " de quelques symptomes seulement
9,5 % " " " " du point de vue social
10 % " furent considérés comme Stationnaires
3 % " sont décédés
50,3 % " ont récidivé la même année

Femmes 1970

1) Sur 26 patientes alcooliques 5 d'entre elles présentèrent un alcoolisme symptomatique d'autres maladies mentales réparties comme suit :

| | |
|---|---|
| Toxicomanie (Amphétamines)..... | 1 |
| Séquelles de méningo-encéphalite..... | 1 |
| Dépression schizophrénique..... | 2 |
| Dépression réactionnelle..... | 1 |
| Total : | 5 |

2) Mode de sortie :

| | |
|---|---|
| A la maison..... | 18 |
| Dans un autre hôpital..... | 3 |
| Maison pour buveurs..... | 0 |
| Prison..... | 0 |
| Colonie de travail..... | 0 |
| Sans destination..... | 5 |
| Total : | 26 |

3) Concernant l'âge :

15 % des patientes étaient comprises entre 30 - 40 ans
55 % " " " " 40 - 50 ans
30 % " " " " 50 - 60 ans

4) Durée effective du séjour en clinique :

20 % des patientes ont séjourné entre 5 - 10 jours
30 % " " " 10 - 20 jours
40 % " " " 20 - 30 jours
5 % " " " 1 - 2 mois
4 % " " " 2 - 3 mois
1 % " " " 3 - 4 mois

5) Quant à l'état des patientes à la sortie de la clinique :

52 % des patientes sont sorties améliorées de la maladie mentale elle-même

38 % -do - de quelques symptomes seulement

5 % -do - du point de vue social

5 % des patientes furent considérées comme stationnaires

## Statistique de l'année 1971

Au cours de cette année, le nombre total des admissions s'est élevé à 861, soit une augmentation de 86 cas par rapport à l'année précédente. Le nombre des sorties a suivi un cours parallèle (1971 : 859 - 1970 : 761)

Sur 861 patients, 224 étaient des alcooliques (200 hommes et 24 femmes). Il n'y a eu, par rapport à 1970, qu'une très légère diminution (soit 8 patients de moins).
Comme pour l'année précédente, nous allons le rapporter sous forme de tableaux :

Tableau No 1

| Formes d'alcoolisme | 1971 | | |
|---|---|---|---|
| | hommes | femmes | total |
| Ivresse simple..... | 56 | 6 | 62 |
| Ivresse pathologique..... | 13 | 1 | 14 |
| Delirium Tremens..... | 19 | 2 | 21 |
| Hallucinose..... | 23 | 4 | 27 |
| Alcoolisme sans modification de la personnalité..... | - | - | - |
| Alcoolisme chronique avec modification de la personnalité.... | 88 | 9 | 97 |
| Psychose de Korsakow ou démence alcoolique..... | 1 | 2 | 3 |
| Total | 200 | 24 | 224 |

Tableau No 2

| Origine de l'alcoolisme | 1971 | | |
|---|---|---|---|
| | hommes | femmes | total |
| Alcoolisme dû au milieu | 113 | 9 | 122 |
| Dû à des conditions sociales difficiles..... | 13 | 8 | 21 |
| Symptomatique d'autres maladies mentales..... | 6 | 1 | 7 |
| Personnalité névrotique..... | 38 | 3 | 41 |
| Personnalité psychopathique. | 30 | 3 | 33 |
| Total | 200 | 24 | 224 |

Remarques

1) Parmi les 200 patients alcooliques hommes admis pendant l'année 1971, 6 d'entre eux présentent un alcoolisme symptomatique d'autres maladies mentales réparties comme suit :

| | |
|---|---|
| Oligophrénie..... | 1 |
| Schizophrénie paranoïde..... | 2 |
| Epilepsie + débilité mentale..... | 2 |
| Délire paranoïaque..... | 1 |
| Total | 6 |

2) En ce qui concerne le mode de sortie

| | |
|---|---|
| A la maison..... | 120 |
| Dans un autre hôpital..... | 14 |
| Dans des hospices..... | 12 |
| Maisons pour buveurs..... | 15 |
| Prison..... | 2 |
| Colonie de travail..... | 2 |
| Sans destination..... | 26 |
| Evasion..... | 3 |
| Total | 194 |

3) En ce qui concerne l'âge

10 % des patients étaient compris entre 20 - 30 ans
14,5 % " " " " 30 - 40 ans
29,5 % " " " " 40 - 50 ans
25 % " " " " 50 - 60 ans
19 % " "" " " 60 ans et plus

4) Quant à la durée effective du séjour en clinique, nous trouvons que :

2o,5 % des patients ont séjourné entre 5 - 10 jours
24 % " " " 10 - 20 "
21 % " " " 20 - 30 "
24 % " " " 1 - 2 mois
4 % " " " 2 - 3 "
2 % " " " 3 - 4 "
2,5 % " " " 5 - 9 "
2,5 % " " " 1 - 2 ans

5) En ce qui concerne l'état des patients à la sortie de la clinique, on voit que :

20 % des patients sont sortis améliorés de la maladie elle-même
1,5 % " ne sont plus revenus
22 % " sont sortis améliorés de quelques symptomes seulement
20 % " " " " du point de vue social
10 % " furent considérés comme stationnaires
3 % " " décédés
48,9 % " ont récidivé la même année.

Femmes 1971

1) Sur 24 patientes alcooliques, 7 d'entre elles présentèrent un alcoolisme symptomatique d'autres maladies mentales réparties comme suit :

| | |
|---|---|
| Dépression réactionnelle | 3 |
| Hypomanie | 1 |
| Débilité mentale simple | 1 |
| Dépression endogène | 1 |
| Etat paranoïde | 1 |
| Total | 7 |

2) Mode de sortie

| | |
|---|---|
| A la maison | 17 |
| Dans un autre hôpital | 3 |
| Maisons pour buveuses | - |
| Prison | - |
| Colonie de travail | - |
| Sans destination | 4 |
| Total | 24 |

3) Concernant l'âge

11,9 % des patientes étaient comprises entre 20 - 30 ans
30,7 % " " " " 30 - 40 "
22 % " " " " 40 - 50 "
19,5 % " " " " 50 - 60 "
10,2 % " " " " 60 ans et plus

4) Durée effective du séjour en clinique

20 % des patientes ont séjourné pendant 5 jours
4 % " " " 1 "
18 % " " " 20 "
30,7 % " " " 1 mois
27 % " " " 2 "
4 % " " " 5 "

5) Quant à l'état des patientes à la sortie de la clinique

27 % des patientes sont sorties améliorées
12 % " " " de la maladie elle-même
9 % " " " de quelques symptomes seulement
12 % " furent considérées comme du point de vue social
stationnaires

## STATISTIQUE DE L'ANNEE 1972

Le mouvement des malades s'est quelque peu stabilisé au cours de l'année 1972. C'est ainsi que le nombre des entrées a été de 854 contre 861 en 1971 - alors que le nombre des sorties s'élevait à 869 contre 859 en 1971.

Parmi les 854 entrées en 1972, 186 étaient des alcooliques dont 175 hommes et 11 femmes.
Il y a eu - par rapport à 1970 et 1971 - une sensible diminution.
Si nous rapportons, comme dans les années précédentes, les formes et l'origine de l'alcoolisme sous forme de tableaux, nous trouvons que :

Tableau No 1

| Formes d'alcoolisme | 1972 | | |
|---|---|---|---|
| | hommes | femmes | total |
| Ivresse simple..... | 34 | - | 34 |
| Ivresse pathologique..... | 5 | - | 5 |
| Delirium Tremens..... | 15 | 2 | 17 |
| Hallucinose..... | 4 | - | 4 |
| Alcoolisme sans modification de la personnalité..... | 24 | 2 | 26 |
| Alcoolisme chronique avec modification de la personnalité | 90 | 7 | 97 |
| Psychose de Korsakow ou démence alcoolique..... | 3 | - | 3 |
| Total | 175 | 11 | 186 |

Tableau No 2

| Origine de l'alcoolisme | 1972 | | |
|---|---|---|---|
| | hommes | femmes | total |
| Alcoolisme dû au milieu | 58 | 3 | 61 |
| Dû à des conditions sociales difficiles..... | 7 | 5 | 12 |
| Symptomatique d'autres maladies mentales..... | 4 | 1 | 5 |
| Personnalité névrotique..... | 59 | 1 | 60 |
| Personnalité psychopathique... | 47 | 1 | 48 |
| Total | 175 | 11 | 186 |

Remarques :

1) Sur 175 patients alcooliques hommes admis pendant l'année 1972, 4 d'entre eux présentèrent un alcoolisme symptomatique d'autres maladies mentales réparties comme suit :

| | |
|---|---|
| Oligophrénie | 1 |
| Schizophrénie simple | 1 |
| Dépression réactionnelle | 1 |
| Epilepsie + schizophrénie | 1 |
| Total | 4 |

2) En ce qui concerne le mode de sortie

| | |
|---|---|
| A la maison | 161 |
| Dans un autre hôpital | 9 |
| Dans des hospices | 3 |
| Maisons pour buveurs | 9 |
| Prison | 5 |
| Colonie de travail | 5 |
| Sans destination | 36 |
| Evasion | 2 |
| Tribunal | 2 |
| Total | 172 |

3) Concernant l'âge

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 % | des patients | étaient | compris | entre | 20 - 30 ans |
| 14 % | " | " | " | " | 30 - 40 " |
| 29 % | " | " | " | " | 40 - 50 " |
| 31 % | " | " | " | " | 50 - 60 " |
| 13 % | " | " | " | " | 60 ans et plus |

4) Quant à la durée effective du séjour en clinique, nous trouvons que :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16,4 % | des patients | ont | séjourné | entre | 5 - 10 jours |
| 24 % | " | " | " | | 10 - 20 " |
| 22 % | " | " | " | | 20 - 30 " |
| 29,5 % | " | " | " | | 1 - 2 mois |
| 6,5 % | " | " | " | | 2 - 3 " |
| 2,13 % | " | " | " | | 3 - 4 " |
| 2,1 % | " | " | " | | 4 - 5 " |
| 2 % | " | " | " | | 2 ans et plus |

5) En ce qui concerne l'état des patients à la sortie de la clinique, on voit que :

15 % des patients sont sortis améliorés de la maladie elle-même
64 % " " " de quelques symptomes seulement
10 % " " " du point de vue social
10 % " furent considérés comme stationnaires
1,9 % " sont décédés
2,3 % " ne sont plus revenus.

Femmes 1972

1) Sur 11 patientes alcooliques 1 d'entre elles présenta un alcoolisme symptomatique de psychose maniaco-dépressive

2) Mode de sortie

| | |
|---|---|
| A la maison | 7 |
| Dans un autre hôpital | 1 |
| Maisons pour buveuses | - |
| Prison | - |
| Colonie de travail | - |
| Sans destination | 1 |
| Evasion | 1 |
| Total | 10 |

3) Concernant l'âge

20 % des patientes étaient comprises entre 30 - 40 ans
27,2 % " " " 40 - 50 "
49 % " " " 50 - 60 "
9 % " " " 60 ans et plus

4) Durée effective du séjour en clinique

27,2 % des patientes ont séjourné entre 5 - 10 jours
9 % " " 10 - 20 "
18 % " " 20 - 30 "
18 % " " 1 - 2 mois
18 % " " 2 - 3 "
9 % " " 3 - 5 "

5) Quant à l'état des patientes à la sortie de la clinique

63,2 % des patientes sont sorties améliorées de la maladie elle-même
18 % " " " de quelques symptomes seulement
9 % " furent considérées comme stationnaires
9 % " sont décédées.

De cette étude statistique découlèrent les premières conclusions du présent travail.

# C H A P I T R E  I V

## BREVE CASUISTIQUE

Dans les pages qui vont suivre, nous verrons successivement quatre cas type que nous considérons comme étant représentatifs d'une catégorie de patients alcooliques et que nous avons à traiter assez fréquemment :

### Observation No 1

Monsieur A. est un homme de 55 ans qui a été hospitalisé dans nos services à deux reprises pour alcoolisme chronique greffé sur une personnalité fruste et actuellement passablement nivelée sur le plan affectif. Son alcoolisme d'une très longue durée a provoqué déjà une atteinte hépatique et une polyneuropathie. Il est le cadet d'une famille de 6 enfants dont la mère est morte alors qu'il était âgé de 14 mois. Son père s'est remarié après une année. Le patient ne se plaint pas de sa marâtre - qu'il dit avoir été gentille avec lui. Son père était un petit agriculteur, alcoolique, et qui a négligé sa famille. Il a d'ailleurs mené le domaine familial à la faillite.

Il semble que le patient ait beaucoup souffert durant son enfance, forcé qu'il était de travailler à la ferme, puis frustré de ne pas pouvoir faire un apprentissage de tailleur comme il l'aurait voulu. En effet, dès sa sortie de l'école, il dut aller travailler sur les chantiers pour gagner sa vie et apporter de l'argent à la maison. Resté célibataire, Monsieur A. a passé toute sa vie soit chez des paysans comme domestique de campagne, soit et surtout dans des chantiers de haute montagne, menant donc la vie de baraquement. Dès l'âge de 16 ans, il s'est adonné régulièrement aux boissons alcooliques.

C'est alors qu'il était alcoolisé qu'il a commis, à plusieurs reprises, des attentats à la pudeur pour lesquels il a dû faire plusieurs séjours en prison. Il a eu aussi d'autres expériences sexuelles, surtout auprès des prostituées, mais jamais de manière suivie. Sur le plan intellectuel, l'examen expérimental de ses facultés donne un résultat médiocre. Il se plaint souvent de céphalées et de fatigue.

L'affectivité est très pauvre, avec un contrôle insuffisant de ses réactions. Personnalité immature, ayant vécu dans un milieu qui le poussait à l'alcoolisme, ne se sentant pas capable de s'attacher à une femme ni de se marier, Monsieur A. présente le tableau typique de l'alcoolique chronique, avec une personnalité fruste et primitive, très nivelée sur le plan affectif.

Lors de ses hospitalisations, il a subi une cure de désintoxication classique, puis fut soumis à une cure d'Antabus. Il fut placé ensuite comme domestique de campagne et suivi par le service social.

Observation No 2

Monsieur C. a été hospitalisé onze fois dans notre service, alors qu'il a seulement 29 ans.
Il se présente comme un jeune homme en bonne forme, élégant, d'une très grande sensibilité sous des aspects de "dur".
Dès l'âge de 15 ans, il s'est mis à boire en bande, avec des copains et se rendit très impopulaire par ses frasques au moment où il était émèché. Lorsqu'il est sous l'influence de l'alcool, il a tendance à jouer au magnat, prend des grands airs, se bat jusqu'à épuisement.

Il est né d'une famille de cinq enfants dont il est le seul..

à se distinguer par son alcoolisme et sa vie désorganisée. Il avait toujours un caractère difficile, turbulent. Sa scolarité fut déjà troublée par son caractère trop vif.
Comme les parents avaient quelque difficulté, il l'ont placé à l'âge de 14 ans, chez un paysan en Suisse alémanique où il ne put rester qu'une année. Dès son retour dans le canton de Fribourg, il se met à boire avec des copains et, poussé par l'alcool, il participe avec eux à un brigandage sur la personne d'un chauffeur de taxi et il est condamné.

Durant sa jeunesse, il a beaucoup d'aventures sentimentales, mais rarement accompagnées d'un sentiment tant soit peu durable.
Parfois, il a quelques moments de lucidité où il voit comment sa vie antérieure est peuplée de gaffes et de délits à la suite d'abus.

D'un abord agréable, assez sympathique quand il n'est pas alcoolisé, Monsieur C. donne l'impression de vouloir faire tout ce qu'il peut pour sortir de sa situation. Mais si l'on examine ses diverses hospitalisations - pendant lesquelles tout a été essayé comme traitement : de la cure d'apomorphine au placement en maison de travail, sans compter une prise en charge psycho-sociale très suivie à l'extérieur de l'hôpital, avec Antabus - on remarque qu'il revient chaque fois à la suite d'une décompensation après s'être lancé à corps perdu dans des abus alcooliques où il finit toujours par être roué de coups dans des bagarres qu'il a provoquées.
De sang-froid, il est très critique face à son alcoolisme et est très collaborant au traitement.

Après sa dernière hospitalisation, il s'est quelque peu stabilisé et a trouvé une amie qu'il a mise enceinte et pour le..

bien-être de laquelle il dit vouloir tout faire. Le service social de l'hôpital entretient des contacts réguliers avec lui.

Monsieur C. présente ainsi le tableau typique du psychopathe alcoolique. A cause de ses tendances à la combativité, à des querelles, à de l'inconstance, son activité vide d'objet, Monsieur C. est un dissocial.

Observation No 3

Elle H. est une secrétaire-comptable de 35 ans, divorcée, sans enfants, transférée à Marsens le 17 décembre 1968 de la Clinique Sainte-Anne à Fribourg, où elle avait été hospitalisée la veille à la suite d'une absorption d'eau de Cologne (bénigne sur le plan somatique), s'inscrivant dans le cadre d'habitudes alcooliques graves, lesquelles ont motivé deux hospitalisations à Préfargier et trois à l'hôpital de Marsens.

Née et élevée à Fribourg, issue de la classe moyenne, troisième de trois filles. Père garagiste, taciturne, passif, facilement déprimé, sujet aux ulcères gastriques - Mère rigide, autoritaire, vécue comme écrasante et peu affectueuse par la malade. Entente familiale décrite comme satisfaisante, malgré d'assez nombreuses bouderies entre les deux parents.

Ecole primaire, secondaire et commerciale suivie avec succès. Elle fut une enfant assez timide, recherchant les gens calmes ou la solitude.
Après un stage post-scolaire en Suisse-Allemande, elle revient chez ses parents jusqu'à son mariage, travaillant avec stabilité dans un bureau.

En 1959, après cinq ans de fréquentations (d'ailleurs assez espacées), mariage avec un agent d'assurances tessinois. Etablissement au Tessin, dans la même maison que les beaux-

parents. Mariage malheureux d'emblée, l'époux étant un grave homosexuel, souvent pervers avec sa femme.
Seule grossesse en 1960, terminée à six mois par un avortement peut-être provoqué.
Souvent seule, Mlle H. se met à boire chez elle (Cinzano) pour dormir et oublier. Atténuation de ce penchant à la faveur d'un soutien psychologique trouvé chez un psychiatre qui l'emploie comme demoiselle de réception.

En 1962, séparation; retour à Fribourg; mal en point psychiquement et physiquement (37 Kgs, pas de notion d'anorexue mentale), prise en charge par ses parents. Au bout de quelques mois, elle s'établit seule, de façon cependant pseudo-indépendante, demeurant véritablement sous la coupe de ses parents (de sa mère surtout, qui la surveille dans toutes les activités de sa vie).
Elle se remet à boire, de façon épisodique - surtout en fin de semaine - de préférence des alcools forts, en quantité souvent surprenante (près de 3 litres de whisky en trois jours, par exemple) qui la font dormir.
Installation d'un cercle vicieux vis-à-vis de ses parents : ils la surveillent pour qu'elle ne boive pas - et elle boit par vengeance, se sentant trop surveillée.
Au demeurant, estimée et stable dans un poste non dépourvu de responsabilités (comptable); présidente du Club alpin.
Rapports sociaux extra-familiaux superficiels.
Rares ébauches de liaisons sentimentales, toujours avec des hommes mariés et de ce fait rompues rapidement par elle.

Il y a quelques années : bref essai de cure d'Antabus, arrêté parce qu'elle se sentait trop essoufflée.

Mlle H. présente le tableau typique de l'alcoolisme épisodique grave sur névrose de caractère. Elle est intelligente, d'appa-

rence dynamique, ayant quelques capacités d'introspection, ne minimisant pas ses excès alcooliques passés.

Profondément humiliée par son alcoolisme, elle réagit à cette situation sur um mode agressif-sthénique (révoltée notamment par l'hospitalisation). Admet avoir besoin d'un soutien psychologique, mais résiste à toute investigation en profondeur. Envisage de s'émanciper de ses parents, mais ne paraît pas proche d'exécuter ses projets.

Actuellement, elle travaille comme secrétaire dans un bureau. Elle passe régulièrement au Centre psycho-social pour prendre l'Antabus. Cependant, les troubles relationnels de Mlle H. ne sont guère favorables à un traitement pouvant aboutir à un échappement envers l'alcoolisme chronique.
Le pronostic est envisagé avec réserve.

Observation No 4

Monsieur R. a 35 ans. Ethylique chronique, il présente des signes de décompensation précoce : troubles digestifs, polynévrites des membres inférieurs, nombreuses télangiectasies du visage, etc.

Il a été hospitalisé à plusieurs reprises pour cures de désintoxication. Souvent amené par la police (scandales dans les établissements publics, plaintes de sa femme pour brutalités, autres dissocialités).

Monsieur R. vit avec sa mère adoptive depuis l'âge de un an et demi. Il n'a jamais souhaité connaître ses parents, a vu son père une ou deux fois et n'en garde aucun souvenir.

Sa scolarité a été médiocre et il n'a pas passé le certificat d'études : "J'étais trop bête", dit-il.

Après avoir - à contre-coeur - passé quatre ans dans une usine métallurgique, il travaille pendant deux ans comme manoeuvre plâtrier.

Son service militaire se déroule tant bien que mal.
Ensuite, une tuberculose pulmonaire l'immobilise pendant cinq mois dans un sanatorium. Il en sort pour entrer comme ouvrier dans une brasserie où il travaille depuis huit ans.

A 21 ans, il se marie. Mariage qui dure sept mois.
Sa jeune femme tient à habiter chez sa mère. Monsieur R. ne supporte pas d'être séparé de la sienne. Il y retourne d'ailleurs rapidement, divorce aussitôt, et se met à boire. Dès lors, les cures de désintoxication se succèdent sans résultat.

Gai, apprécié de ses camarades de travail, Monsieur R. passe tout son temps avec sa mère. Il regarde la télévision, le verre de bière à la main. Les seules distractions qui lui sont permises le dimanche sont une partie de cartes et la pêche, quelquefois. Bien entendu, il donne tout son salaire à sa mère. Il ne songe pas à se remarier pour ne pas laisser sa mère toute seule.

La mère de Monsieur R. nie l'éthylisme de son fils. Pour elle, son fils est un homme délicat de santé. Les seuls reproches qu'elle lui adresse concernent ses sorties du dimanche - qu'elle trouve trop fréquentes et trop prolongées.
Elle avait très mal supporté le mariage de son fils adoptif et pris violemment parti contre sa belle-fille.

Depuis six mois, Monsieur R. prend de l'Antabus.
Il travaille comme magasinier dans un grand magasin de la ville. Il est suivi par le Service social et habite toujours avec sa mère.
Dans la mesure où existe, de la part des femmes d'alcooliques, une évidente infantilisation du mari, il m'a paru utile de rechercher si une relation analogue ne se retrouvait pas dans certains cas entre des alcooliques célibataires vivant avec..

leur mère.

Justement, les relations entre Monsieur R. et sa mère sont typiques : ce choix du "conjoint" correspondrait à une idéalisation de la fonction de la "femme" et de la "mère".

---

# C H A P I T R E  V

## RESUME STATISTIQUE

## DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS

De 2.490 patients admis à l'Hôpital psychiatrique de Marsens pendant les années 1970 (775 entrées dont 206 alcooliques homme et 26 femmes

1971 (861 entrées dont 224 alcooliques homme et 24 femmes

1972 (854 entrées dont 175 alcooliques homme et 11 femmes

nous trouvons QU'EN MOYENNE :

(1) 26 % sont des alcooliques

(2) 90 % " " hommes

(3) 10 % " " femmes

### Parmi les formes d'alcoolisme

(4) 38 % des hommes et 52 % des femmes présentaient un alcoolisme chronique avec modification de la personnalité.

(5) 32 % des hommes et 9,6 % des femmes présentaient des ivresses simples.

(6) 12,5 % des hommes et 8,7 % des femmes présentaient un Delirium Tremens.

### Quant à l'origine de l'alcoolisme

(7) 46 % des hommes et 40 % des femmes présentaient un alcoolisme dû au milieu.

(8) 32 % des hommes et 10 % des femmes présentaient un alcoolisme Psychopathique.

(9) 19 % des hommes et 10 % des femmes présentaient un alcoolisme Névrotique.

(10) 9 % des hommes et 33 % des femmes présentaient un alcoolisme dû à des conditions sociales difficiles.

(11) 5 % des hommes et 4 % des femmes présentaient des Ivresses pathologiques.

(12) 5 % des hommes et 5,5 % des femmes (malgré leur absence en 1970 et 1972) présentaient des Hallucinations.

(13) 4,7 % des hommes et 2,7 % des femmes (malgré leur absence en 1970 et 1972) présentaient la Psychose de Korsakow.

(14) Environ 4 % des alcooliques hommes présentaient un alcoolisme symptomatique d'autres maladies mentales (psychoses, épilepsies, oligophrénies, etc..)

En ce qui concerne :

a/ L'âge

(15) Il était entre 20 et 30 ans pour 10 % des hommes et 11,9 % des femmes.

(16) Entre 30 et 40 ans pour 25 % des hommes et 32 % des femmes.

(17) Entre 40 et 50 ans pour 27 % des hommes et 35 % des femmes.

(18) Entre 50 et 60 ans pour 20 % des hommes et 15 % des femmes.

b/ Le mode de sortie

(19) Environ 95 % des patients hommes et femmes regagnaient leur maison après le séjour en clinique.

c/ La durée effective du séjour en clinique

(20) Environ 65 % des patients alcooliques hommes et femmes séjournèrent entre 20 et 30 jours.

d/ L'état des patients à la sortie de la clinique

(21) Environ 85 % des patients alcooliques hommes et femmes sont sortis améliorés uniquement.

## DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS

Les problèmes posés par l'alcoolisme en général et par l'alcoolisme sur le plan psychiatrique en particulier, sont complexes - notamment en ce qui concerne la prévention.

La complexité de la prophylaxie est directement liée à la complexité des causes. Alors qu'une lutte rationnelle contre ce fléau, vieux comme le monde, nécessite en Amérique Latine qu'on se souvienne des causes sociales les plus élémentaires, comme la misère - ici à Fribourg comme ailleurs en Europe, l'alcoolisme a des causes multiples.

Selon un travail d'enquête dirigé par les Professeurs SPÄNI et HUNZIKER, les principales causes de l'alcoolisme dans le canton de Fribourg seraient dues aux nombreux établissements publics, aux débits à l'emporter, aux trop nombreuses possibilités de divertissements, aux multiples distilleries, à l'atavisme, à la solitude, aux problèmes du couple, aux échecs sociaux, etc..

Le clergé et le Corps enseignant fribourgeois affirment de leur côté que le problème de l'alcoolisme se pose dans presque toutes les paroisses et ceci dans des proportions considérables; que l'alcoolisme chez les jeunes n'est pas négligeable; qu'il existe une proportion inquiétante de cas particuliers parmi lesquels on rencontre des buveurs invétérés et des buveurs isolés, surtout à domicile; que les pères de famille alcooliques sont aussi nombreux que les alcooliques célibataires; que les ravages causés par l'alcool dans l'âge adulte - et plus particulièrement entre 40 et 60 ans - sont importants.

L'alcoolisme est donc un phénomène observable dans lequel jouent toutes sortes de tares mentales parfois héréditaires, fausses croyances, conflits personnels, familiaux, professionnels, conditions sociales défavorables, présence de trop nombreux établissements publics, etc..

Si l'on compare l'alcoolisme tel qu'on le rencontre à Fribourg avec celui des indigènes de l'Amérique Latine, on n'aperçoit cependant pas de différence essentielle entre ces deux formes. Par contre, les facteurs sociaux jouent un rôle important en ce sens qu'ils sont nettement plus défavorables chez les Indiens que dans la population suisse.
L'Indien boit pour fuir la misère car il vit dans un état de privation presque permanent. Il s'évade par le truchement de l'alcool qui métamorphose une réalité insupportable pour lui. Jusqu'à un certain point, on peut retenir un mécanisme similaire dans l'alcoolisme tel qu'on le trouve en Suisse. Il s'agit cependant plus d'une misère morale, associée à un sentiment de vide, à la difficulté de communication, au caractère souvent schizoïde de notre population. Nos alcooliques boivent souvent en solitaires - alors que les Indiens boivent plus volontiers en groupe, se réunissant et se sentant alors solidaires par rapport à la misère qui les atteint tous.

Alors qu'en Europe les boissons consommées de préférence sont le vin, la bière, les eaux de vie, les liqueurs - les Indiens consomment surtout la "CHICHA"(alcool de maïs). Une consommation exagérée de Chicha donne lieu à des scènes dramatiques avec des paroxysmes de fureur et des déchaînements de violence impulsive. Les buveurs, dont les instincts sexuels sont fréquemment déchaînés, parviennent à des états d'abrutissement généralisés dans lesquels se succèdent des actes délictueux,

notamment des viols et d'autres excès de type sexuel, ceci dans une ambiance de folie généralisée. Ainsi, il n'est pas rare de trouver dans les communautés indigènes de l'Amérique du Sud, des cas d'inceste, d'infanticides et de nombreuses naissances illégitimes, etc.. Les meurtres, lors d'intoxication à la Chicha, ne sont pas rares non plus.
De telles scènes ne se voient qu'occasionnellement en Europe car les alcools que l'on y consomme ne connaissent pas la toxicité de la Chicha.
Il faut reconnaître que les données ne sont pas entièrement comparables en ce sens qu'en Suisse on dispose de statistiques hospitalières précises, de Centres sociaux, d'organisations anti-alcooliques, de travaux d'enquêtes,etc.. de sorte que les répercussions de l'alcoolisme dans toutes ses formes sont beaucoup mieux mesurables ici qu'en Amérique où l'on ne se base généralement que sur de simples appréciations. De plus, l'Amérique Latine est beaucoup plus vaste et mal connue, ce qui fausse les comparaisons.
Les facteurs identiques dans les deux populations ont été précisés par MACOBY :

- Le sexe masculin a des penchants beaucoup plus grands pour l'alcoolisme.
- L'âge dans lequel prédominent les excès alcooliques chez l'homme se situe entre 25 et 40 ans, tandis que chez la femme, les habitudes alcooliques augmentent avec l'âge.
- Les hommes célibataires sont nettement prédisposés à l'alcool.
- Les tempéraments psycho-instables et somato-toniques sont prédominants dans la population examinée.
- Le quart de la population masculine présente des manifestations sadiques.

- L'homme alcoolique présente une importante fixation maternelle. Il réduit sa consommation lorsqu'il parvient à épouser une femme plus âgée que lui.
- Le 40 % des femmes d'alcooliques présentent des caractères masochistes.

Alors qu'en Europe, les Gouvernements et les autres Institutions sociales tentent de multiples efforts pour faire face à l'alcoolisme, en Amérique Latine celui-ci tend à s'accroître, surtout dans les communautés rurales.

Que peut-on dire maintenant des implications de l'alcoolisme dans la vie courante ?
Nombreux sont les auteurs qui se sont penchés sur ce problème; que l'alcool soit un profond perturbateur de la vie sociale et familiale, c'est un fait incontestable; j'ai d'ailleurs esquissé brièvement ce sujet dans le présent travail.
Parmi les multiples implications de l'alcoolisme, citons, par exemple, les accidents de la route très fréquents en Europe, beaucoup plus rares en Amérique du Sud, mais très peu nombreux chez les indigènes.
D'après une récente statistique de l'Office de la circulation du canton de Fribourg, sur 1625 accidents de la circulation en 1973, il y eut 135 cas où l'ivresse joua un rôle certain, 144 cas donnèrent lieu à un retrait du permis de conduire.

L'alcoolisme se répercute aussi lourdement sur la vie familiale. Ainsi, dans l'une des conclusions du travail d'enquête des Professeurs Späni et Hunziker, nous trouvons que sur 3510 écoliers du canton de Fribourg, 309 étaient de parents alcooliques. Ces 309 enfants avaient 645 frères et soeurs. On obtient ainsi le chiffre impressionnant de 954 enfants de parents alcooliques, soit le 27 %. Beaucoup de ces enfants présentaient des troubles physiques et psychiques les plus divers.

Sur le plan social, les recherches se sont orientées vers l'investigation psychologique systématique de la personnalité du malade, de son conjoint, de sa famille et de son milieu social. Ces études psycho-pathologiques et socio-pathologiques ont bénéficié des progrès de la psychanalyse, de la sociologie et de l'anthropologie culturelle. Ces recherches ont touché en premier lieu les pays industriels ainsi qu'une très petite quantité de pays dits "en voie de développement".
Parallèlement aux recherches précédentes, la période contemporaine a vu aussi se développer, dans la plupart des cantons suisses - dont celui de Fribourg - des recherches biologiques, notamment sur la déviation du métabolisme, les troubles caractériels et les perturbations fonctionnelles au cours des manifestations psychiques de l'alcoolisme.

D'autres investigations paracliniques (EEG, pneumo EG) constituent des voies de recherches qui nous ont déjà apporté des éléments susceptibles de nous aider à comprendre les manifestations psychiatriques de l'alcoolisme chronique. Ainsi, en Suisse et dans la plupart des pays européens, la lutte contre l'alcoolisme a fait un grand pas en avant dans la voie que nous trace l'Organisation Mondiale de la Santé lorsqu'elle nous dit que tout doit tendre à un plus grand bien-être de l'homme.

L'alcoolisme mine l'édifice social dans un très grand nombre de domaines. Alors qu'autrefois ce problème était le plus souvent ignoré pour être simplement soumis à la répression de la partie considérée "saine" de la société - il fait à l'heure actuelle l'objet d'études approfondies et de mesures thérapeutiques aussi bien que prophylactiques, la prévention restant la forme de lutte la plus efficace et la moins onéreuse.

Si ces mesures sont généralement acceptées - si ce n'est toujours réalisées - dans des régions comme le canton de Fribourg, il n'en est pas de même chez les indigènes de l'Amérique Latine. Les mondes indiens se trouvent encore dans un état d'infériorité économique voisin de la misère. Leur sous-développement les rejette en marge des courants de circulation de la richesse et des idées.
Tout particulièrement l'Indien des montagnes est resté très pauvre et il subit fréquemment la loi du plus fort. Chez lui, l'alcool trouve un terrain privilégié d'implantation; ceci est encore plus vrai de l'Indien urbanisé qui a perdu le contact avec son univers ancestral. Alors qu'autrefois, dans la montagne, il participait à la vie culturelle de sa Communauté, l'Indien campant dans les faubourgs des villes se trouve sans défense vis à vis d'un monde qui l'ignore et qui lui échappe.

L'Indien de l'Amérique Latine était autrefois très civilisé : il avait sa langue et son univers, comme il avait ses montagnes qui circonscrivaient son regard depuis des millénaires. Les civilisations des Incas et des Mayas qui s'étendaient à l'Amérique centrale, à la Floride et aux Andes péruviennes et colombiennes étaient développées non seulement sur le plan social et politique, mais aussi sur le plan de l'hygiène et de la médecine. Les substances toxiques, utilisées parfois lors des cérémonies religieuses étaient sévèrement contrôlées par tout un appareil légal et administratif.
L'usage de la bière de maïs, la Chicha, était réservé aux adultes. L'ivresse était punie dans l'Empire des Incas et parfois suivie de mise à mort lorsqu'elle s'accompagnait d'actes sexuels.

L'invasion en masse des Européens qui s'abattit brusquement sur les peuples des deux Amériques anéantit non seulement..

des royaumes florissants, mais surtout une culture très brillante et parfaitement adaptée aux peuples des Andes. Cortez, en 1521, détruisait la civilisation mexicaine et Pizarro, en 1533, l'Empire des Incas.
Cette pénétration fut favorisée par les querelles intestines, la faiblesse et la confiance aveugle de populations techniquement moins avancées que la poignée d'aventuriers sans scrupules qui s'installèrent dans leurs pays. C'est un fait bien connu que le contact d'une civilisation plus avancée nuit à toute race moins civilisée. L'indigène compare les produits de son artisanat à ceux d'une technique plus poussée. Il se sent ridicule face aux armes et aux moyens de celui qui le conquiert. Ce dernier déclare mauvaises et tourne en ridicule les institutions sociales et religieuses. L'alcool devient un besoin, favorisé par ceux qui ont intérêt à détruire la capacité de résistance de la population autochtone. Le "sauvage" perd sa liberté et se voit confronté à un monde totalement nouveau auquel il ne peut s'adapter. Ce drame a été celui de l'Indien de l'Amérique du Nord qui fut dépossédé de tous les territoires qui lui appartenaient. L'alcool a joué un rôle très important dans cette déchéance.

Les Indiens de l'Amérique Latine ont heureusement mieux résisté à l'envahisseur espagnol ou portugais, mais ils ont aussi subi ce profond choc de la rencontre avec une civilisation nouvelle. Le déplacement de nombreux indigènes vers les villes où s'entasse une population misérable est, comme nous l'avons vu, une cause très importante de l'alcoolisme de l'Américain du sud.

Bien que nous ne possédions pas d'études ou de statistiques aussi précises pour l'Amérique Latine que pour l'Europe, nous pouvons admettre que si la personnalité de l'alcoolique ne diffère pas essentiellement d'un continent à l'autre, l'alcoolisme de l'Indien est avant tout un alcoolisme importé..

et pratiquement imposé comme instrument de domination et de sujétion, alors que chez l'Européen il est le plus souvent un signe de dégradation individuelle que la Société réprouve en général.

La différence de ce caractère antisocial, individuel chez les uns, collectif chez les autres, est probablement l'élément le plus important que nous puissions retenir de cette étude comparative.

Un autre élément réside dans la différence de nature entre la Chicha - ou alcool de maïs - et les alcools que nous connaissons en Europe, différence accentuée encore par l'association fréquente que font les indigènes, de la Chicha avec des feuilles de coca. On n'a plus alors affaire à une intoxication éthylique pure, mais à une combinaison de deux substances toxicomanogènes, ce qui en potentialise les effets.

Quant à la prophylaxie dont nous avons admis la complexité au début de cette discussion, elle doit tendre, à notre avis, à redonner à l'Indien la conscience de son identité réelle. Sa civilisation - qui n'est pas basée sur le matérialisme et l'avancement technique mais sur des valeurs morales et spirituelles - tout en étant différente de la civilisation occidentale, ne lui est pas inférieure. Il peut y trouver un système référentiel valable qui pourra lui éviter le déracinement qu'il ressent trop souvent lorsqu'il s'éloigne de ses montagnes.

Alors que la prophylaxie de l'alcoolisme de l'Européen sera le plus souvent centrée sur la personne du malade, la prévention chez l'Indien de l'Amérique Latine devrait passer par le groupe tout entier, tâche évidemment moins aisée à réaliser en pratique. Tout ce qui peut contribuer à la promotion sociale de ces populations fortement traumatisées...

par le contact avec le monde moderne, ou ce qui leur permettra de sortir de la misère sans perdre pour autant leur âme et leur culture, sera un élément positif dans la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

=*=*=*=*=*=*=

## BIBLIOGRAPHIE


BAERISWYL H. Das oeffentliche Armenwesen des Kantons Freiburg, Freiburg 1958.

BINDER H. Alkoholiker und ihre fürsorgerische Behandlung, Zürich 1947.

CALPINI P. L'alcoolisme : Une expérience valaisane. "Les Cahiers Médico-Sociaux", No 3. P : 168-176. Genève 1968.

CARAVAJAL C. Farmacología del alcohol Conferencia Nacional del Alcoholismo, Pag. 30-31 No 1-3-5-8. Lima, Pérou. 1957.

CARAVEDO B. Discurso inagural. Conferencia Nacional del Alcoholismo. No 12 - 14 P : 11-12 Lima, Pérou. 1957.

DUBLINEAU J. Réflexions à propos de quelques Psychoses alcooliques. "L'Evolution psychiatrique" Paris 1934, II (55-57)

FERRARA Floreal Alcoholismo en América Latina. No 2 - 4 - 9 P : 58-60 Buenos Aires, Argentina 1961.

FELDMANN H. Comment devient-on alcoolique ? "Les Cahiers Médico-Sociaux". No 1-2, P : 57-60. Genève 1965.

FELDMANN H. Le point de vue du Médecin en face du problème de l'alcoolisme chronique. "Les Cahiers Médico-Sociaux" No 2 P : 51-57. Genève 1961.

FOUQUET P. Névroses alcooliques. EMC. Psychiatrie. Fasc.37380 - C 10 et C 20, 2 1955.

FOUQUET P. Réflexions cliniques sur l'alcoolisme. "L'Evolution psychiatrique" Paris. 1951, I (231-251)

GUTENERG M. Informe final del Seminario Latino-americano del alcoholismo
No 19, VINA del MAR, Chile 1960

HUNZYKER A. Gesetzgebung und Sozial-Medizinischer Dienst für Alkoholkranke
Luzern 1958.

JAVET M. Histoire de la lutte anti-alcoolique en Suisse
Cahiers complémentaires de "La question de l'alcool en Suisse", No 11
Bâle 1944.

JELLINEK EM. L'étude scientifique du problème de l'alcoolis
Dans : "Colloque Européen sur l'alcoolisme, à Copenhague".
OMS, Genève 1954.

JERI R. Efectos Psicologicos del Alcohol
"Conferencia Nacional de Alcoholismo".
No 10. P : 35.
Lima, Pérou. 1957.

LEDERMANN S. Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation.
Presses Universitaires de France,
Paris, 1956.

LIPTON H. Alcoholismo And the Community
Alcohol Hygiene. Vol.1, P : 11-13
Atlanta, Georgia, U.S.A., March 1954

MACOBY M. Alcoholismo en una Comunidad Campesina.
"Revista de Psicoanàlisis, Psiquiatria y Psico
P : 20-70. México. 1965

MALIGNAC G. L'alcoolisme. Collection "Que sais-je".
COLIN R. Presses Universitaires de France, 1954.

MIVELAZ M. L'alcoolisme des régions vinicoles et Nordique en Suisse.
"Les Cahiers Médico-Sociaux" No 1-2, P : 57-6
Genève 1965.

MIVELAZ M. L'emprisonnement dans le cas d'ivresse au vol
"Colloque International sur la prévention et trait.de l'alcoolisme" P : 441-445.
Milan, juin 1968.

MUNOZ J. Experiencia Colombiana en la Campana contra la Chicha y la Coca. Conferencia Nacional del Alcoholismo.No18.P:178-189 Bogota, Colombia 1969.

ODERMATT J. La législation fédérale sur l'alcool. "L'alcool Aujourd'hui" Editions S A S P: 152-158 Lausanne 1970.

ODERMATT J. Alcool, Alcoolisme - Délinquance. "L'alcool Aujourd'hui". Editions S A S P: 144-148 Lausanne 1970

PELICIER I. Des mots sur l'alcoolisme. "Confrontations Psychiatriques" Paris 1970.

PFULG G. Terre de Fribourg. Fribourg 1957

PICOT J. Statistique de la Suisse. Genève/ Paris 1819.

REQUET A. La Psychiatrisation de l'alcoolisme psychiatrique. No 7. 4è.Année. Lyon, Décembre 1955

RIOFRIO L. ELTSIDIE J. Fundamentos cientificos y bases biologicas de la psicologia. Tomo II. Quito-Ecuador 1960

ROCH M. L'alcoolisme en Suisse, tel qu'il se présente à un Médecin. Editions S A S, Lausanne 1970

ROTONDO H. Delimotacion del Alcoholismo. Conferencia Nacional del Alcoholismo. No 15 y 17. P : 48-52 Lima, Pérou 1957.

SOLMS H. Répercussions sociales et socio-économiques de l'alcoolisme en Suisse. "Les Cahiers Médico-Sociaux". No 1-2 P: 21-36 Genève 1965.

SOLMS H. Alcoolisme et pharmaco-dépendance = Aperçu de la situation actuelle en Suisse. "Les Cahiers Médico-Sociaux". No 3 P: 92-125 Genève 1968.

STEIGER V.J. Le régime de l'alcool en Suisse
Cahiers complémentaires de "La question de l'alcool en Suisse", No 17.
Bâle 1946.

SCHNEUWLY G. La lutte anti-alcoolique dans le canton de Fribourg avant 1970.
"Les Cahiers Médico-Sociaux. No 2 P: 83-89
Genève, 1965.

RAPPORTS

- Hôpital Psychiatrique de Marsens
95è. rapport général 1970
96è. rapport général 1971
97è. rapport général 1972
Dr Prof. Maurice REMY, Médecin-Directeur.

- Rapports techniques de l'O.M.S. = Sous-Comité de l'alcoolisme
Genève, 1952.
No 84, 1954. No 94, 1955.

- Rapport de l'Office cantonal de Statistiques.
Fribourg, 1970.

- Bureau fédéral de Statistiques =
Statistique des Cliniques psychiatriques
(Hôpital de Marsens :
Statistiques des années : 1970 - 1971 - 1972)

---